Nr 11 14 marca 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr med., Dr fil. T. BILIKIEWICZ. Kocborowo k. Starogardu.
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Psychopatologia marzenia sennego [1]).

Poza psychoanalizą mało dotychczas zwracano uwagi na psychologię marzenia sennego, choć z góry można się było spodziewać, że zaburzenia życia psychicznego muszą się w jakiś sposób odbić i na przeżyciach sennych. Ten brak zainteresowania pochodził stąd, iż podejście badawcze do tych przeżyć jest niesłychanie trudne. Spotykamy się przede wszystkim z trudnościami metodycznymi. Pierwotna metoda wolnych kojarzeń, zawzięcie przez krytykę atakowana, bez której jednakże i dziś jeszcze nie możemy się w pewnym stopniu obejść, coraz bardziej ustępowała miejsca objektywniejszej metodzie rozwiązywania symboli i alegoryj sennych. Dopóki jednak ta ostatnia metoda nie osiągnęła należytego poziomu ścisłości, dopóty trwać musiały utyskiwania krytyki naukowej. W roku zeszłym przedstawiłem w krótkiej monografii zatytułowanej „Psychoanaliza w praktyce lekarskiej" (Warszawa, wyd. „Eskulap" 1935) podstawy nowej metodyki rozbioru marzeń sennych, dążącej do uzyskania takiej ścisłości przyrodniczej, jaka się w ogóle da osiągnąć w badaniach przyrody żywej, w szczególności w psychologii.

Pozostawiając szczegółowe i dokładne przedstawienie metodyki badań marzenia sennego osobnej pracy, od lat już przygotowywanej do druku, pragnę tu tylko podnieść inne jeszcze trudności praktyczne, z którymi zwykliśmy się spotykać w tej dziedzinie. Mam na myśli samo zdobycie materiału. Jest rzeczą jasną, że najtrudniej o sny ludzi zdrowych. Badacz rozporządza tu właściwie tylko snami własnymi. Bo komu poza samym sobą może naprawdę zaufać? Cóż może skłonić zdrowego człowieka do tego, by wobec badacza wyjawiał najbardziej osobiste przeżycia, co przecież jest warunkiem ścisłości naukowej. Poza samym sobą może badacz liczyć co najwyżej na sny zdrowych kolegów, którzy dla nauczenia się tej umiejętności poddają się analizie. Olbrzymia większość materiałów, to sny ludzi chorych, których pragnienie zdrowia skłania do wyjawienia prawdy z możliwą dokładnością.

Pomijam tu znaczenie praktyczne badań marzenia sennego, znaczenie to bowiem w pełni jest doceniane w kołach psychiatrów. Zresztą warunkiem powodzenia praktycznego jest, jak zwykle w nauce, teoretyczne zgłębienie przedmiotu. Psychologia i psychopatologia marzenia sennego nie zostały dotychczas zgłębione. Psychologowie nie są w stanie ująć tych badań w ręce z należytą wszechstronnością, brak im bowiem wyszkolenia psychiatrycznego. Z drugiej strony znowu psychiatrzy nierzadko utrzymują z psychologią tylko platoniczne stosunki. Któżby dzisiaj bronił zasady, że możliwa jest anatomia patologiczna bez anatomii? W psychiatrii zasada współpracy z psychologią nie wywalczyła sobie jeszcze pełnego i powszechnego uznania.

Przejdę teraz pokrótce wyniki teoretyczne badań psychopatologii marzenia sennego. Może nie ma drugiej dziedziny, która by w tak przekonywujący sposób wykazywała słuszność zasady, iż między chorobą a zdrowiem brak jest ostrej granicy. Zmiany chorobowe marzenia sennego, jakie udało się stwierdzić, nie stanowią jakiegoś nowego pierwiastka wśród przeżyć sennych. W wypadkach chorobowych stwierdza się jedynie wzmożone natężenie znanych nam skądinąd pierwiastków psychologicznych.

Zdawało by się, że psychozy powinny wnosić jakieś składniki obce zdrowemu życiu psychicznemu. Tak nie jest. W snach schizofreników można wprawdzie odnaleźć całe bogactwo ich zaburzeń umysłowych, kiedy jednakże badacz znajdzie się w ich obliczu, nie odczuwa najmniejszego zdziwienia. Marzenie senne bowiem zdrowego człowieka jest jak gdyby epizodem ze świata schizofrenicznych przeżyć. Czyż nie przeżywamy we śnie omamów słuchowych, czuciowych, smakowych, wzrokowych i licznych innych? Czyż procesy zagęszczenia w marzeniu sennym nie są analogiczne do podwójnej rejestracji schizofreników, do zapoznawania otoczenia. Czy rozszczepienie osobowości, nad którego zagadką psychologiczną na próżno się głowi intuicjonista, nie występuje w obfitości w marzeniu sennym. Czyż schizofrenik nie sprawia wrażenia, jak gdyby na jawie śnił, niekiedy budząc się na poły w przystępie krytycyzmu lub też znowu się pogrążając w swój wyśniony świat autyzmu. Czy nie usprawiedliwia to do pewnego stopnia marzeń, zmierzających do wynalezienia tak potężnych jakichś wstrząsów, by zdołały „obudzić" schizofrenika z jego snu? Daleko posunięta analogia między psychologią marzenia sennego a schorzałym światem psychiki schizofrenicznej, analogia, na temat której dało by się znacznie więcej interesujących i w szczegóły wchodzących uwag i spostrzeżeń wypowiedzieć, nie wyczerpuje oczywiście zagadnienia, niemniej jest bardzo pouczająca dla zrozumienia zasady *„nihil novi"*, ważnej dla psychopatologii marzenia sennego.

Drogą hipotezy można by nawet na zasadzie wyłuszczonej powyżej analogii uzyskać psychologiczny wgląd w źródło urojeń schizofrenicznych, a może i innych. Już wielokrotnie zwracano uwagę na znamienną cechę marzeń sennych schizofrenika: ogromną plastyczność przeżyć sennych. Załóżmy, że plastyczność marzeń sennych do tego stopnia się wzmoże, że zatraci się różnica między snem i jawą. Już zdrowy człowiek miewa chwile, gdy nie może sobie przypomnieć, czy jakiś pamiętany wypadek miał miejsce naprawdę czy też tylko we śnie. Podnieśmy ten wypadek do potęgi, a może przestaniemy się dziwić pochodzeniu wielu urojeń. Nie chcę przez to powiedzieć, jakoby urojenia pochodziły z marzeń sennych, raczej chcę zwrócić uwagę na wspólne źródło pomysłów urojeniowych, jak i fałszywych sądów, snutych w marzeniu sennym.

Doniosłą cechą rozróżniającą sny ludzi zdrowych i chorych zdaje się być okres pochodzenia treści marzenia sennego. I tu naturalnie wchodzą w rachubę tylko różnice ilościowe. Sny zdrowych ludzi zawierają dużo pierwiastków wczesnodziecięcych, wplecionych w materiały i w zagadnienia aktualnej daty. Jednakże sny nerwicowców i psychotyków zawierają tych pierwiastków bez porównania więcej. Okres zdrowienia w toku leczenia nerwicy poznać można praktycznie po tym, iż analiza marzeń sennych wykrywa uderzająco mniej konfliktów wczesnodziecięcej daty. Ma się nierzadko takie wrażenie, jak gdyby zainteresowania senne chorego odrywały się od ustalonej na okresie wczesnego dzieciństwa treści i przerzucały się ku zagadnieniom aktualnym. I tu nasuwa się nieodparta analogia ze schizofrenią. Gdy proces schizofreniczny ulega remisji, pogrążony w puerylizmie chory przestaje szczebiotać dziecięcym głosem i poczyna mówić językiem człowieka dorosłego. Puerylizm, jak i szereg podobnych objawów, stanowi bowiem również zwrot ku dziecięcemu wiekowi, zwrot, który znajduje dosadny wyraz zarówno w objawach chorobowych, jak i w marzeniu sennym.

Jednostki chorobowe, przejawiające się depresją, z psychozą maniakalno-depresywną na czele, również nie wnoszą nowych pierwiastków w marzenie senne. Tematy śmierci, rozporządzające tak bogatym słownictwem symbolicznym, spotkać można nie tylko w snach chorobliwie zmienionych, lecz i u najzdrowszych ludzi, nawet u dzieci. Może tylko ta różnica byłaby godna podniesienia, że o ile normalne jestestwo żywe przeżywa w zetknięciu ze śmiercią lęk, zdarzają się osobniki, które w marzeniach sennych jakby się lubowały myślą o śmierci. Jest to odpowiednik senny tanatofilii, tej najskrajniejszej postaci masochizmu. Z drugiej strony lęk przed śmiercią, który spotkać można w snach zdrowych ludzi, pojawia się w snach ludzi cierpiących na depresję w wielkiej obfitości i to zarówno w okresach depresji, jak i remisji. Pewne znaczenie rokownicze posiada zjawisko, polegające na tym, iż na 3 do 5 dni mniej więcej przed mającą się pojawić depresją cykliczną ilość tych snów o tematach śmierci niepomiernie się zwiększa, pojawiają się zwłaszcza charakterystyczne sny ze zmorą, a równolegle z tym da się zauważyć ogromne nasilenie lęków we śnie, szczególnie tzw. lęków nerwicowych.

[1]) Według odczytu wygłoszonego na XVI Zjeździe Psychiatrów Polskich w Chełmie Lubelskim w dniu 8 grudnia 1936 roku.

Przechodzę tym samym do omówienia zagadnienia lęku, zagadnienia, którego rozwiązanie ma niewątpliwie naczelne znaczenie dla zrozumienia istoty nerwicy. Lęk w marzeniu sennym nie jest rzeczą rzadką. Występuje w snach zdrowych ludzi, towarzysząc z zasady wyzwalaniu się stłumionych popędów lub ziszczaniu się tłumionych obaw. W normalnych wypadkach natężenie tych lęków nie jest wysokie, nie powinno zwłaszcza wykazywać dążności do przedzierżgnięcia się w lęk na jawie. Pojawianie się w danym wypadku lęków w snach, lęków zbyt częstych, a zwłaszcza wykazujących wzmiankowaną powyżej właściwość przeistoczenia się w lęk na jawie, budzi zawsze podejrzenie, iż chodzić może o jakiś konflikt nerwicowy lub nawet o jakąś poważniejszą sprawę. Tzw. lęk nerwicowy odznacza się następującymi właściwościami:

1) znaczne natężenie lęku

2) jego wzmaganie się

3) współgra fizjologicznych objawów lęku, jak szybkie oddychanie, poty, gra układu naczynio-ruchowego, przyśpieszenie tętna, jęki lub krzyk przestrachu we śnie lub szczególnie jeszcze dalej na jawie itd.

4) lęk ten przerywa sen i budzi śniącego

5) po obudzeniu trwa nadal krótszą lub dłuższą chwilę, przy czym zauważyć można 3 fazy a) śniący po obudzeniu w pierwszej chwili wierzy w realną treść sytuacji lękowej (faza urojeniowa), b) w II fazie ambiwalencji przeżywa wiarę i niewiarę w postaci wahania się, przy czym nie zamierzam rozstrzygać spornej w psychologii kwestii, czy ambiwalencja możliwa jest w ścisłym znaczeniu jako przeżycie, wreszcie c) śniący w III stadium przekonuje się, że to był tylko sen, przy czym wspomniane wyżej objawy współgry fizjologicznej, szczególnie bicie serca, trwać może jeszcze dłuższą chwilę (faza krytycyzmu)

6) cecha lęku nerwicowego, niezmiernie typowa, polega na tym, iż lęk ten jest — że się tak wyrażę — nieuzasadniony, tj. występuje w sytuacji, która normalnemu człowiekowi bynajmniej nie wydaje się przerażającą. Cecha ta w fobiach występuje, jak wiadomo, w symbolice objawów i powtórzona bywa wielokrotnie, czasem w niemal niezmienionej sytuacji, w marzeniach sennych. Oczywiście nieuzasadnioność tego lęku trwa tak długo, jak długo nie uda się dzięki analizie rozwiązać symbolicznej wymowy tej sytuacji lękowej. Dotyczy to oczywiście i lęku jako objawu. Nieuzasadnioność lęku jest z zasady wyrazem stłumienia, posługującego się w tym wypadku mechanizmem tzw. przesunięcia funkcji. Nie potrzebuję dodawać, że symboliki objawów nigdy byśmy nie zrozumieli, gdybyśmy nie mieli do pomocy analizy tejże samej sytuacji lękowej w marzeniu sennym, przedstawionej oczywiście znacznie obszerniej i powiązanej z odpowiednimi przeżyciami patogenetycznymi

7) jako osobną cechę pragnąłbym podkreślić jeszcze jedną, która właściwie stanowi skrajny przypadek, dający się podciągnąć pod właściwość powyżej opisaną. Chodzi tu o zjawisko tego rodzaju, iż w ogóle może nie być przedmiotu lęku. Sam lęk może wypełniać całą treść marzenia sennego, stanowiąc jakby sam dla siebie wystarczającą sytuację lękową. Śniący nie potrafi w ogóle podać, czego się we śnie bał, nie dlatego, że zapomniał, tylko dlatego, że w ogóle, nawet gdy lęk trwał dłuższą chwilę, nic się poza samym tym lękiem nie działo.

Powyższe cechy nie muszą występować razem, choć w typowych przypadkach wszystkie wymienione właściwości można odnaleźć. Łatwo i tutaj sprawdzić zasadę *„nihil novi"*. Każdą z tych cech z osobna można odnaleźć w lękach sennych nawet zupełnie zdrowych ludzi. Chorobliwość polega wyłącznie na wzmożeniu ilościowym poszczególnych lub wszystkich tych cech. Żadna nowa jakość nie pojawia się w marzeniu sennym lękowym. I tu wykazać można analogię ze zjawiskami na jawie. Każdy objaw chorobowy da się (bez większego naciągania) sprowadzić do normalnych właściwości i czynności, wzmożonych na skutek działania czynników chorobotwórczych.

Omówione powyżej właściwości lęku nerwicowego w marzeniu sennym dotyczą poza tym i innych przeżyć psychologicznych, głównie afektów, wyolbrzymiających się chorobliwie w nerwicy. Za dalsze przykłady niech służą szczególnie dwie kategorie zjawisk, depresja oraz *orgasmus* w marzeniu sennym.

W pierwszym wypadku depresja, smutek, przygnębienie, rozpacz, wyrzuty sumienia itd. noszą takie same cechy, jak je opisałem przy omawianiu lęku nerwicowego. Tak samo można zauważyć w tych bardzo częstych w nerwicy snach znaczne natężenie tych depresywnych przeżyć, wzmaganie się tego natężenia aż do przerwania snu, po czym już po obudzeniu depresja nadal trwa, wykazując takie same trzy fazy, jak lęk nerwicowy. I tu da się zauważyć współgrę fizjologicznych objawów depresji, przede wszystkim w mimice śniącego. Zarówno samo przeżycie depresji, jak i ta współgra zewnętrznych objawów mogą przetrwać długi czas po obudzeniu; chorzy podają wówczas np., że taki zły sen popsuł im na cały dzień humor lub samopoczucie, na cały dzień lub nawet na dłuższy okres czasu. Cecha nieuzasadnioności bywa tu czasem zaznaczona ze szczególną dobitnością: śniący sam podkreśla, że właściwie nie było się czego w danym śnie smucić lub martwić, a tym bardziej rzuca się mu to w oczy, gdy depresja trwa nadal po obudzeniu. Przesądni chorzy skłonni są do nadawania tym marzeniom sennym jakiegokolwiek znaczenia proroczego, byleby sobie tylko jakoś uzasadnić swoje przygnębienie, podobnie jak to też bywa z nieuzasadnionym stanem lękowym.

Dalszą grupą zjawisk, które pozwalają na studia opisanych właściwości snu nerwicowego, są przeżycia orgazmu i zmaz nocnych w marzeniu sennym. Już w wielu snach ludzi zdrowych zauważyć można zastanawiające zjawisko, polegające na tym, iż zmazy nocne występują częstokroć a nawet przeważnie nie w momencie, gdy sytuacja erotyczna w marzeniu sennym doprowadza do spełniania się pragnień śniącego, lecz wcześniej. Mamy tu więc do czynienia ze zjawiskiem podobnym do *ejaculatio praecox*. Już dawno jednak zwrócono uwagę na sny, w których zmazy nocne nie tylko nie są j e s z c z e uzasadnione, ale w ogóle s ą nieuzasadnione. Orgazm i zmazy nocne pojawiają się w sytuacji lub na widok przedmiotów, które zwyczajnie biorąc, żadnych cech erotycznych nie posiadają. Jeżeli głębiej wnikniemy w marzenia senne tego typu, to bez trudu wykażemy te wszystkie cechy, jakie opisałem jako charakterystyczne dla lęku i dla depresji nerwicowej. *Mutatis mutandis* zauważymy tutaj wielkie natężenie podniecenia płciowego, jego wzmaganie się, prowadzące aż do obudzenia śniącego. Wyrazem niezbitym współgry fizjologicznych objawów podniecenia płciowego są przecież zmazy nocne. Nierzadko można zauważyć i to — rzecz dziwna — nawet wówczas, gdy nieuzasadnioność zmaz nocnych zachodziła w sposób typowy, że śniący po obudzeniu jeszcze pragnąłby przedłużyć chwilę rozkoszy, dopracowując sobie w wyobraźni to, co się nie zdążyło spełnić w marzeniu sennym.

Tak daleko posunięte podobieństwo między tymi rozmaitymi stanami uczuciowymi wyolbrzymionymi chorobliwie w marzeniu sennym typu nerwicowego, stanowi odbicie takichże samych zjawisk symptomatologicznych. Sen lękowy nerwicowy jest odzwierciedleniem lęku nerwicowego, występującego np. pod postacią fobii. Dla samego chorego rzuca się tu najbardziej w oczy nieuzasadnioność lęku, przy czym jednakże i inne wyszczególnione powyżej cechy dadzą się z łatwością rozpoznać. To samo można powiedzieć o depresji nerwicowej. I tu i tam wysiłki perswazji psychoterapeutycznej zmierzają do przekonania chorego, że n i e m a s i ę c z e g o lękać lub n i e m a s i ę c z e g o smucić. I trzecia kategoria zjawisk nerwicowych w marzeniu sennym posiada swe odzwierciedlenie w objawach, mam mianowicie na myśli nerwice płciowe. Pod tym kątem widzenia jakiekolwiek zboczenie płciowe, czy fetyszyzm, czy urolagnia, czy masochizm, czy jakakolwiek inna z owych tak zadziwiających normalnego człowieka nienormalności życia płciowego — wykazują zawsze ową cechę nieuzasadnioności, obok zresztą innych cech, znamiennych dla przeżyć uczuciowych nerwicowych.

Nie potrzebuję dodawać, że to, co nazwałem nieuzasadnionością, to jest pojęcie wysoce względne. Nieuzasadnioność ta znika, gdy zastosujemy metody analityczne, zdolne językiem przystępnym dla ogółu wyrazić archaiczną mowę symboli. Wtedy dopiero, gdy z jednego punktu widzenia rozważać będziemy tajemnice marzenia sennego i symboliki objawów, owe dwa pnie wyrosłe ze wspólnego korzenia podświadomości, wtedy dopiero spełni się tak rzadko niestety szanowane wymaganie jedności metodologicznej.

Rozważania nad opisanymi marzeniami sennymi typu nerwicowego nie są pozbawione doniosłego znaczenia praktycznego. Jeśli tyle uwagi poświęca się w dobie obecnej sprawie zapobiegania chorobom umysłowym, to nie powinno się w tych wysiłkach pomijać tak obszernego działu cierpień psychicznych, jak nerwice. W indywidualnym zapobieganiu psychonerwicom diagnostyka oneirologiczna już dziś może oddać niemałe usługi. Trzeba bowiem zważyć, że opisane sny nerwicowe zwykły się pojawiać u pozornie zupełnie jeszcze zdrowych ludzi na długo przed wybuchem objawów chorobowych. Gdyby myśl zapobiegawcza, dziś jeszcze mało rozpowszechniona, znalazła głębsze zrozumienie wśród szerokich rzesz, gdyby naprawdę w wyższym stopniu zdrowi ludzie szukali porady lekarskiej, aby się ustrzec przed chorobą, wówczas na pewno oneirologii przypadłaby doniosła rola wychwytania wczesnych zwiastunów mającej kiedyś wybuchnąć nerwicy. Jakżeż często z ust chorych słyszy się skargi na ciężkie, przykre sny, na sny z lękiem. Częstokroć sny tego typu oceniane bywają przez samych chorych jako jeden

z najbardziej nęczących i zatrważających objawów. Bliższe wywiady niemal zawsze pozwalają stwierdzić, że marzenia senne tego rodzaju dawały się chorym we znaki jeszcze wówczas, gdy żadnych innych nie było objawów, czasem na wiele lat przed jawnym ich wystąpieniem. Onejrologia jako nauka pomocnicza zapobiegania chorobom na pewno kiedyś doczeka się uznania.

Ogromne znaczenie zarówno praktyczne, jak i teoretyczne przypada właściwości marzenia sennego, wyjawiania konfliktów i urazów psychicznych, które stały się punktem wyjścia lub współczynnikiem genetycznym danego cierpienia psychicznego. Dotyczy to przede wszystkim nerwic. Chorzy sami się zazwyczaj zdumiewają faktem, jak mało we śnie zajmują się sprawami bieżącymi, zagadnieniami obchodzącymi ich aktualnie, jak natomiast wszystkimi swymi zainteresowaniami wciąż i uparcie biegną ku przebrzmiałym zdawało by się, z dziecięcych przeżyć wywodzącym się konfliktom. Ponieważ w czynnej psychoanalizie główny ciężar spoczywa na analizie marzeń sennych, przeto w toku leczenia przejść można bez liku materiały senne i wyrobić sobie w ten sposób wyobrażenie niejako statystyczne o podanych powyżej właściwościach snów nerwicowych. Czy weźmiemy pod uwagę śmierć, czy lęk w ogóle, czy jakikolwiek z rzadziej nawet występujących tematów, zawsze można stwierdzić, że tematy te splatają się nierozerwalnie z zastarzałymi przeżyciami odległej przeszłości. Jest to może najbardziej zastanawiające zobrazowanie osobowości nerwicowej, osobowości anachronicznie wtłoczonej w środowisko spóźnionej daty, stąd obce, stawiające zbyt wysokie wymagania tej jakby dziecięcej osobowości, co doprowadzić musi do dereistycznych reakcyj, do załamania się i do ucieczki w chorobę. Kto chce poznać istotę osobowości nerwicowej, ten musi się zagłębić w świat jej marzeń sennych.

Zdążyłem tu przedstawić zaledwie garść wyników, do jakich doprowadzają studia marzeń sennych. Pominąć musiałem właściwe materiały kliniczne, w tym wypadku rozbiory marzeń sennych, na których opierają się wyszczególnione powyżej wnioski. Są wprawdzie przeciwnicy wdawania się w rozbiór psychologiczny chorych psychicznie, uważając pracę tę za jałową i zbędną. Ich zdaniem zagadki etiologiczne i lecznicze leżeć muszą w płaszczyźnie somatycznej. Moim zdaniem jest to szkodliwy a w każdym razie pozbawiony podstaw aprioryzm i dogmatyzm, nie mówiąc o tym, że najwięcej wyników spodziewać się można zawsze tylko po takich badaniach naukowych, które nie mają na oku bezpośrednich korzyści praktycznych. Korzyści praktyczne, jakie dziś płyną z badań promieniotwórczości, nie były zakładane u wstępu czysto naukowych zainteresowań, poświęconych tym zjawiskom. Badania psychologii cierpień psychicznych, z onejrologią na czele, są w szczęśliwszym położeniu, mogą się bowiem od samego początku pochwalić wynikami psychoterapeutycznymi — wszystko jedno, czy te ostatnie dadzą się sprowadzić do sugestii, czy nie. Trudne te badania powinny jednak być prowadzone bez względu na możliwe wyniki praktyczne; zadowolnijmy się wynikami teoretycznymi, które są bardzo zajmujące. Ten cel teoretyczny przyświecał głównie badaniom, których parę wyników pozwoliłem sobie przedstawić w niniejszym skromnym odczycie.

PRACE ORYGINALNE.

Dr M. LEŃSKI. Włocławek.

Dwa przypadki obustronnego surowiczego zapalenia opłucnej.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Antoniego.
Ordynator: Dr W. Piasecki.

Obustronne surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej należy do spraw rzadkich. Większość podręczników pomija sprawę tę milczeniem. A. Sokołowski w swych *„Wykładach klinicznych chorób dróg oddechowych"* poświęca temu zagadnieniu zaledwie kilkanaście wierszy. Schorzenie to występuje, według Sokołowskiego, stosunkowo rzadko i daje rokowanie bardzo poważne.

Frenkel opisał w roku 1902 dwa przypadki surowiczego obustronnego zapalenia opłucnej. W jednym przypadku wysięk obustronny rozwinął się w przebiegu zapalenia płuc. Wysięk uległ wchłonięciu samoistnie bez nakłucia opłucnej.

Drugi przypadek dotyczył chorego, u którego stwierdzono nieznaczne gruźlicze zmiany w płucach.

W roku 1935 w polskim piśmiennictwie były opisane dwa przypadki obustronnego surowiczego zapalenia opłucnej.

Pierwszy opisany przez dra Trojanowskiego dotyczył młodego osobnika, który przybył do szpitala z objawami wysięku w prawej opłucnej.

Wielokrotne próby wypuszczenia płynu przez nakłuwanie opłucnej były nieudane, prawdopodobnie z powodu wąskich przestrzeni międzyżebrowych. Chory przekazany był na oddział chirurgiczny, gdzie dokonano wycięcia żebra i pleurotomii. Z opłucnej wypuszczono 1200 cm³ płynu surowiczego o cechach zapalnych (próba Rivalty dodatnia, białka — 4,27%). W tydzień po wypuszczeniu wysięku z prawej opłucnej, wystąpiły objawy, wskazujące na obecność płynu w lewej opłucnej. Drogą nakłucia wypuszczono 430 cm³ płynu wysiękowego (próba Rivalty dodatnia, białka — 4,2%). Chory przebył w szpitalu 5 miesięcy i wypisał się w stanie dobrym bez gorączki z objawami zgrubienia i zrostów opłucnej.

Drugi przypadek, opisany przez dra Chromańskiego w 1935 roku dotyczył siedmioletniego dziecka, u którego stwierdzono obecność płynu w prawej opłucnej. W osiem dni później wystąpiły podobne objawy po stronie lewej. Z obu opłucnych wypuszczono drogą nakłucia po 300 cm³ płynu. Po trzech tygodniach dziecko wypisano ze szpitala z normalną ciepłotą. Po sześciu tygodniach wysięk uległ całkowitemu wessaniu. Niestety w tym przypadku autor nie dokonał badania płynu z opłucnych na próbę Rivalty i na zawartość białka, aczkolwiek klinicznie należy uznać przypadek ten za zapalenie wysiękowe opłucnej.

W ciągu ostatnich dwóch lat obserwowałem dwa przypadki obustronnego surowiczego zapalenia opłucnej.

Przypadek pierwszy: Chory A. Z., lat 65, z zawodu rolnik, przybył na Oddział 5 czerwca 1936 r. ze skargami na duszność, ogólne osłabienie i obrzęki kończyn dolnych. Duszność o charakterze stałym występuje i w spokoju. Chorego niepokoi również suchy kaszel, co w połączeniu z dusznością pozbawia go snu. Choruje od pół roku. Choroba rozwinęła się powoli i w ciągu ostatnich kilku tygodni znacznie postąpiła.

Stan obecny. Chory budowy prawidłowej, odżywienia średniego. Twarz obrzękła, wargi sine. Tętno 120 na minutę, miarowe, słabo wypełnione. Liczba oddechów na minutę 28. Ciepłota rano 36,4°, wieczorem 37,8°.

Płuca. Pod kątem obu łopatek stwierdza się wypukiem wybitne stłumienie. Osłuchowo w obrębie stłumienia osłabienie oddechu, drżenia głosowego i przewodnictwa szeptu. W prawym płucu stłumienie stwierdza się również od przodu. Rozpoczynając się od czwartego żebra, szerzy się ku dołowi i zlewa ze stłumieniem wątrobowym. Oddech i drżenie głosowe w obrębie stłumienia osłabione.

Serce. Granice serca przesunięte w obu kierunkach: prawa — dwa palce w prawo od linii mostkowej prawej, lewa sięga do linii pachowej przedniej. Tony głuchawe. Szmerów nie stwierdza się. Ciśnienie krwi maks. — 120, min. — 75. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Wątroba o powierzchni gładkiej i brzegu okrągławym, twarda, tkliwa na ucisk, sięga do pępka.

Śledziona niepowiększona.

Badanie moczu. Ciężar gat. 1016. W osadzie obfite moczany. Poza tym żadnych składników patologicznych nie stwierdzono.

Ze strony układu nerwowego brak odchyleń od normy.

Dnia 7. VI. wydobyto z prawej opłucnej po nakłuciu 100 cm³ płynu mętnawego, surowiczo-włóknikowego.

Badanie płynu z opłucnej prawej: próba Rivalty dodatnia, białka — 6.5%. W osadzie liczne leukocyty obojętnochłonne.

Dnia 11. VI. Nakłuciem wypuszczono z prawej opłucnej 900 cm³, z lewej 950 cm³ płynu mętnawego, surowiczo-włóknikowego.

Badanie płynu z opłucnej lewej. Próba Rivalty dodatnia, białka — 7%. W osadzie liczne leukocyty.

Dnia 12. VI. Zaznacza się zwrot ku lepszemu.

Duszność zmniejszyła się w znacznym stopniu i chory mógł w nocy spać. Chory pozostał w szpitalu do dnia 13. VII.

W ciągu miesiąca dokonano kilkakrotnie nakłuwań opłucnej, prawej i lewej na przemian.

Ogółem wypuszczono z prawej opłucnej 3200 cm³, z lewej 3550 cm³ płynu. Duszność zmniejszyła się, obrzęki znikły. Ciepłota wróciła prawie do normy, wykazując jedynie co kilka dni podwyżki do 37,5°.

Badanie płuc wykazuje nieznaczne stłumienie poniżej łopatek. Chory wypisał się ze szpitala na własne żądanie ze znaczną poprawą. Dalszy los chorego jest nam nieznany.

Z wyżej przytoczonego opisu przypadku widzimy, że obustronne surowicze zapalenie opłucnej rozwinęło się u osobnika w wieku podeszłym, dotkniętego daleko posuniętą niedomogą serca. Badanie fizykalne przemawiało raczej za obecnością przesięku w obu opłucnych (puchlina opłucnowa) ze względu na wy-

bitne objawy zastoju w krążeniu. Jedynie gorączka budziła podejrzenie istnienia wysiękowego zapalenia opłucnej. Dopiero badanie płynu z jam opłucnowych skierowało rozpoznanie na właściwe tory, gdyż okazało się, że płyn posiada wybitne cechy zapalne, charakterystyczne dla wysięku.

W porównaniu z podobnymi przypadkami Frenkla, Trojanowskiego i Chromańskiego wyróżnia się nasz przypadek wielkimi ilościami płynu w obu opłucnych i wysoką zawartością białka.

Przypadek drugi. W przypadku, o którym mowa niżej, obustronne surowicze zapalenie opłucnej wytworzyło się w przebiegu zakaźnej żółtaczki. Sam wysięk był żółto zabarwiony, wobec czego związek jego z zakażeniem dróg żółciowych nie ulega wątpliwości. Przechodzę do opisu przypadku.

Chory Cz. J., z zawodu rolnik, lat 25, nieżonaty, zgłosił się do szpitala dnia 11. VI. 1935 roku z powodu silnej gorączki, osłabienia, wybitnej żółtaczki i bólów w prawym podżebrzu. Zachorował w styczniu 1935 roku nagle wśród silnych bólów w prawym podżebrzu. Bóle trwały przez kilka dni, później chory czuł się dobrze do maja, kiedy bóle wystąpiły ponownie. Przed dwoma tygodniami zaczął gorączkować, zjawiła się żółtaczka. Kał miał wygląd gliny. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Chorób wenerycznych nie przechodził. Przed dwoma laty przebył dur brzuszny.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Ciepłota 39,5°. Tętno 120, miarowe, średnio wypełnione. Liczba oddechów na minutę — 28. Silne żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek, żółte zabarwienie wybitnie zaznaczone również i na łysinie głowy. Język suchy, pokryty szaro-żółtym nalotem. W płucach i sercu brak szczególnych zmian.

Wątroba o powierzchni gładkiej, brzegu ostrym występuje spod łuku żebrowego na dwa palce, górna granica stłumienia wątrobowego na VI żebrze. Wątroba na całej przestrzeni tkliwa na ucisk. Pęcherzyk żółciowy nie wyczuwalny.

Śledziona powiększona opukowo, górna granica na VII żebrze.

Mocz: ciężar gat. 1025. Białka — ślad. Bilirubina i urobilinogen obecne, poza tym brak odchyleń od normy.

Morfologiczne badanie krwi: ciałek czerwonych 4,100.000, Hb 66%, ciałek białych 9.400. Wzór: obojętnochłonnych 68%, pałeczkowatych 12%, segmentowanych 56%, limfocytów 30%, monocytów 2%.

Stolce płynne, żółte, 5—6 na dobę.

W ciągu pierwszych dwóch tygodni pobytu chorego w szpitalu gorączka utrzymywała się w granicach 39—40°. Stan chorego pogarszał się z dnia na dzień i wysoka gorączka i rozwolnienie spowodowały znaczne osłabienie chorego.

Dnia 16. VI. ciepłota ciała 40,5°. W nocy bredził. Zjawiły się wymioty.

Dnia 18. VI. żółtaczka o mniejszym natężeniu, stan ogólny bardzo ciężki.

Początek choroby w postaci napadów kolki żółciowej z odbarwionymi stolcami, następowe powikłanie żółtaczką i wysoką gorączką przemawiały za zakażeniem dróg żółciowych na tle kamicy. Ponieważ u chorego nie stwierdzono powiększenia pęcherzyka żółciowego, można było przypuścić, że kamień utkwił we wspólnym przewodzie żółciowym. Co prawda, w szpitalu nie stwierdzono odbarwionych stolców. Fakt ten jednakże nie wyklucza obecności kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym, ponieważ zamknięcie światła przewodu przez kamień nie zawsze bywa całkowite i zupełnie szczelne. Nawet przy zupełnym zamknięciu wspólnego przewodu żółciowego nie zawsze znika sterkobilina w kale. Stwierdzili to doświadczalnie na psach liczni autorzy (Gerhardt, Brugsch, Wilbur). Paradoksalne to zjawisko tłumaczy się w ten sposób, że bilirubina przenika do jelita drogą krwi. Zjawisko to występuje nie tylko doświadczalnie, ale stwierdza się również u chorych, dotkniętych całkowitym zamknięciem przewodu żółciowego wspólnego. Gerhardt stwierdził sterkobilinę w kale u chorego na raka wspólnego przewodu żółciowego. Brulé znalazł sterkobilinę w dwóch przypadkach całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego, u jednego przez raka, u drugiego przez powiększoną, stwardniałą wskutek zapalenia trzustkę. Fakty te były potwierdzone sekcyjnie.

Bardzo ciężki stan chorego budził podejrzenie ropnego zakażenia dróg żółciowych, aczkolwiek brak dreszczów i wybitnej bolesności uciskowej wątroby nakazywał ostrożność pod tym względem. Ze względu na stale pogarszający się stan chorego zdecydowaliśmy się na próbną laparotomię.

Chory był przekazany na oddział chirurgiczny. Dnia 24. VI. chory był operowany (Dr Barcikowski). Przy operacji okazało się, że drogi żółciowe były drożne. Kamieni, ani ropy nie znaleziono. Stwierdzono jedynie znaczne obrzmienie wątroby. Zabieg chory zniósł dobrze.

Dnia 27. VI. chory nadal gorączkuje, ciepłota ciała wieczorem 40°, rano 37°. Dreszczów nie ma. Żółtaczka zmniejszyła się. Stolce zabarwione, normalnej spoistości.

Dnia 1. VII. zdjęto szwy.

Dnia 7. VII. chory narzeka na ból w prawym boku. Przy badaniu stwierdza się stłumienie pod kątem łopatki z osłabieniem oddechu i drżenia głosowego.

Dnia 9. VII. wypuszczono 200 cm³ płynu z prawej opłucnej. Płyn przezroczysty, o zielonym zabarwieniu.

Badanie płynu: białka — 6,6%. Próba Rivalty dodatnia. Bilirubiny w płynie z opłucnej 2 jednostki wg Hymans van den Bergha. We krwi ilość bilirubiny wynosiła tego samego dnia 5 jednostek, odczyn bezpośredni.

Dnia 12. VII. przy badaniu chorego stwierdzono również stłumienie pod lewą łopatką na wysokości IX żebra. W obrębie stłumienia osłabienie oddechu, drżenia głosowego i przewodnictwa szeptu. Próbne nakłucie wykazało obecność płynu surowiczego o zielonym zabarwieniu.

Dnia 13. VII. wypuszczono z lewej opłucnej 100 cm³ płynu. Badanie płynu: próba Rivalty dodatnia, białka — 2,5%, bilirubiny ilościowo — 1 jednostka v. d. Bergha.

Dnia 15. VII. wypuszczono z prawej opłucnej 300 cm³ płynu.

Dnia 22. VII. wypuszczono po raz trzeci z prawej opłucnej 200 cm³ płynu.

Dnia 23. VII. w lewej opłucnej wysięk uległ wessaniu. Wysięk w prawej opłucnej również uległ wessaniu.

Ogółem z prawej opłucnej wypuszczono 700 cm³, z lewej 100 cm³ płynu.

Chory nadal gorączkuje, wieczorem ciepłota ciała dochodziła do 38,4°, rano spada poniżej 37°. Gorączka trwała do dnia 5. VIII. Odtąd chory wstępuje w okres bezgorączkowy, ma dobry apetyt. Jednak jest bardzo osłabiony, nie może sam unieść głowy. W nocy poci się. Żółtaczka znikła zupełnie i wątroba wróciła do normalnej wielkości. Okres zdrowienia trwał sześć tygodni. W ciągu tego okresu chory miał normalną ciepłotę, przybrał na wadze, chodził i czuł się dobrze.

Wypisał się zdrów dnia 18. IX. Po kilku miesiącach odwiedził szpital, będąc w stanie kwitnącego zdrowia i doskonałego samopoczucia.

W leczeniu chorego stosowaliśmy piramidon, urotropinę i kamforę w dużych dawkach, w okresie zdrowienia synergetol.

Z opisu tego przypadku widzimy, że mieliśmy do czynienia z zakaźną żółtaczką. Jaka jest patogeneza tego schorzenia? Poprzednio wspominaliśmy, że przy operacji chirurg nie stwierdził ropy w dużych drogach żółciowych.

Fakt ten nie wyklucza istnienia zakażenia dróg żółciowych. Oto co pisze w tej sprawie Minkowski:

„Podstawą *infectio cholangitica* często bywa więcej albo mniej silne zapalenie dróg żółciowych. Jednakże mogą być nawet bardzo ciężkie objawy ogólne, wywołane przez działanie obecnych w drogach żółciowych bodźców chorobowych, chociaż nie można znaleźć większych zmian zapalnych w ściankach i zebrania się ropy w drogach żółciowych.

Pojęcie „*infectio cholangitica*" nie zawsze zbiega się z pojęciem — zapalenie ropne pęcherzyka i przewodów żółciowych".

Z tego wynika, że u naszego chorego mógł się toczyć proces zapalny w drogach żółciowych, a zwłaszcza w drobnych odgałęzieniach. Za taką sprawą przemawia fakt, że u chorego stwierdzono bezpośredni odczyn na bilirubinę we krwi.

W myśl poglądów Hymans van den Bergha odczyn bezpośredni występuje przy żółtaczkach, spowodowanych zajęciem dróg żółciowych, natomiast odczyn pośredni świadczy, że żółtaczka powstała pozawątrobowo albo wskutek zaburzeń czynnościowych w komórkach wątrobowych. (M. Brulé. *Recherches sur les ictères* p. 33).

Żółtaczkę zakaźną spotykamy w całym szeregu chorób. Widzimy ją niekiedy jako powikłanie przy płatowym zapaleniu płuc.

U naszego chorego nie stwierdziliśmy w płucach zmian zapalnych, wobec czego możemy tę chorobę wykluczyć.

Jako objaw naczelny występuje żółtaczka w chorobie Weila. Schorzenie to nie może wchodzić w rachubę w naszym przypadku z powodu braku zmian ze strony nerek przez cały czas trwania choroby.

Zapalenie nerek jest objawem podstawowym w tej chorobie. Charakterystyczne są również opryszczka, objawy oponowe, krwawienia z nosa, przekrwienie spojówek i bóle w łydkach. Tych objawów u naszego chorego nie było. Pozostaje do rozpatrzenia kamica żółciowa i żółtaczka nieżytowa. Żółtaczka nieżytowa może trwać najwyżej do 6 tygodni i nie daje tak wyso-

kiej gorączki, do 40° w ciągu 10 tygodni, jak to miało miejsce u naszego chorego.

Należy również uwzględnić fakt, że u naszego chorego wysoka gorączka trwała nawet po ustąpieniu żółtaczki, czego nie spostrzegamy w żółtaczce nieżytowej.

Francuscy autorzy Troisier i Clément wyodrębnili ostatnio postać zakaźnej żółtaczki, przebiegającej z gorączką pod nazwą „trzeciej żółtaczki" *(troisième ictère)*. Choroba zaczyna się nagle wśród gorączki, która pierwszego dnia dochodzi do 39° i obniża się stopniowo do normy w ciągu 5—6 dni. Jednocześnie występują w obrazie chorobowym objawy ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty żółciowe, rzadkie zielone stolce. Po 5—6 dniach okresu przedżółtaczkowego zjawia się żółtaczka o znacznym natężeniu. Zarówno mocz, jak i surowica krwi zawierają duże ilości bilirubiny. Stolce są zwykle zabarwione normalnie lub nadmiernie i w razie rychłego ustąpienia sprawy chorobowej nie dochodzi do odbarwionych stolców. Natomiast, gdy choroba przeciąga się dłużej, kał jest odbarwiony. Choroba trwa około 10 dni, niekiedy dłużej. Według wyżej wymienionych autorów „trzecią żółtaczkę" należy różniczkować głównie z żółtaczką nieżytową. Ta ostatnia ma przebieg bezgorączkowy. Obraz krwi w „trzeciej żółtaczce" cechuje leukocytoza obojętnochłonna na samym początku choroby, natomiast dla żółtaczki nieżytowej charakterystyczną jest mononukleoza.

Choroba niekiedy występuje w postaci małych rodzinnych epidemij. Czynnik chorobotwórczy jest nieznany. Według wspomnianych autorów drobnoustrój, wywołujący trzecią żółtaczkę nie należy do grupy durowej, ani rzekomo-durowej.

Z przytoczonego opisu wynika, iż w naszym przypadku możemy wykluczyć „trzecią żółtaczkę".

Należy uwzględnić również możliwość ucisku wspólnego przewodu żółciowego przez guz zapalny głowy trzustki.

Schorzenie to może przebiegać z gorączką i żółtaczką, naśladując kamicę żółciową powikłaną zapaleniem kanalików żółciowych. Pomijając fakt, że wspomniana postać zapalenia trzustki powstaje wtórnie na tle kamicy żółciowej, co dało powód francuskim autorom Mallet i Guy do określenia choroby mianem *„la cholecysto-pancréatite avec ictère"*, długotrwały ucisk przez zapalny guz głowy trzustki powoduje rozszerzenie przewodu żółciowego wspólnego, czego nie stwierdzono przy operacji u naszego chorego.

Pozostaje więc kamica żółciowa, za którą przemawiają napady bólów w okolicy wątroby, które wystąpiły pierwszy raz w styczniu i ponowiły się w maju.

Co prawda, bóle w okolicy wątroby nie zawsze są wyrazem kamicy żółciowej, nawet gdy się stwierdza charakterystyczne punkty bolesne. Niekiedy bóle wątrobowe powstają na drodze odruchowej przy istnieniu ogniska zapalnego w innym narządzie (zapalenie wyrostka robaczkowego, u kobiet też zapalenie przymacicza). U naszego chorego nie stwierdziliśmy nigdy żadnego ogniska zapalnego. Napady bólowe przeto nie mogły być zaliczone do grupy odruchowej kolki wątrobowej. Nieznalezienie przy operacji kamieni nie wyklucza tła kamicowego choroby. Kamień mógł przejść przez drogi żółciowe i przedostać się do jelit przed operacją. Niekiedy kamień prześlizguje się do jelit podczas uśpienia wskutek zwiotczenia mięśni gładkich.

Ostatnią możliwość przyjmuje Eppinger, który opisuje dwa podobne przypadki, gdzie słuszność jego poglądu była udowodniona dzięki temu, że udało się odnaleźć w stolcu kamień żółciowy.

Przyjmując, że nasz chory przebył napady kamicy żółciowej łatwo zrozumieć wystąpienie gorączki. Wiadomo, że normalnie dolny odcinek przewodu żółciowego wspólnego zawiera drobnoustroje.

Zatamowanie odpływu żółci przez kamień powoduje nasilenie zjadliwości drobnoustrojów i w następstwie zakażenie żółci. Raz wywołane zakażenie żółci może trwać długo, aczkolwiek kamień został wydalony.

Podobny przypadek opisuje Chauffard w swej monografii *(La lithiase biliaire* p. 172).

Chory na kamicę żółciową z żółtaczką wydalił drogą jelitową w ciągu dwóch tygodni 97 kamieni żółciowych.

Żółtaczka znika, kamienie więcej nie ukazują się w stolcu, chory jednakże ma dużą wątrobę i wysoką gorączkę, sięgającą wieczorami 40°.

Streszczając się, przedstawiłem przypadek żółtaczki zakaźnej najprawdopodobniej na tle kamicowym, gdzie w przebiegu choroby wystąpiło jednocześnie obustronne surowicze zapalenie opłucnej.

Piśmiennictwo:

1) M. Brulé: l. c. — 2) Chauffard: l. c. — 3) Eppinger i Walzel: Choroby wątroby i układu wątrobowo-śledzionowego. — 4) Chromański: Medycyna. Nr 16. 1935. — 5) Grott: Medycyna. Nr 23. 1935. — 6) Mehring: Podręcznik chorób wewnętrznych. T. I. Z. III. Str. 222. — 7) Trojanowski: Medycyna. Nr 9. 1935. — 8) Troisier i Clément: Les ictères infectieux. 1930. — 9) Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. T. III. Część I.

Marta BARANOWSKA. Kraków.

Przypadek skazy krwotocznej w przebiegu rozpadowej gruźlicy płuc.

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr Józef Kostrzewski.

Chory B. J., rolnik, lat 32, żonaty. Żona i dzieci zdrowe. Z chorób przebytych: dur brzuszny. Wywiady rodzinne nie wykazują nic charakterystycznego. Przed 5 miesiącami zaziębił się i przez 6 tygodni „chorował na płuca". Po chorobie czuł się dobrze, pracował. Obecna choroba zaczęła się przed miesiącem kłuciem w prawym boku, kaszlem, dreszczami zwłaszcza wieczorem, potami nocnymi, brakiem łaknienia i ogólnym osłabieniem. Od trzech dni ma na skórze brzucha i na podudziach czerwone plamki; równocześnie zaczął pluć krwią. W czasie jazdy do szpitala wystąpił silny krwotok z nosa.

Młody mężczyzna, silnie zbudowany, dobrze odżywiony. Skóra i śluzówki bardzo blade. Na skórze tułowia, a zwłaszcza na klatce piersiowej, na obu podudziach, przedramionach, ramionach bardzo liczne wybroczynki podskórne wielkości od łebka szpilki do ziarna soczewicy i większe, barwy ciemno-czerwonej do fioletowej. Z obu otworów nosowych sączy krew; w przedsionkach nosowych widoczne stare i świeże skrzepy krwi. Język wilgotny, miejscami widoczne nieznaczne pęknięcia, z których sączy krew. Na błonie śluzowej prawego policzka guzek wielkości grochu, ciemno-czerwony, twardy, niebolesny, krwawiący za dotykiem. Na błonach śluzowych dziąseł liczne wybroczynki. Z gruczołów limfatycznych obwodowych pachowe prawe wyczuwalne, wielkości fasoli, niebolesne. Ciepłota ciała 39°.

W płucach: skrócenie wypuku sięgające od prawego szczytu aż do dolnego kąta łopatki; również z przodu stwierdza się wypukiem zmiany na tej samej przestrzeni. Poza tym wypuk nad całym obszarem płuc jawny. W miejscu skrócenia wypuku szmery oddechowe szorstkie, wydech słyszalny, rzężenia drobno i średniobańkowe dźwięczne. W obu płucach liczne świsty, furczenia, rzężenia niedźwięczne. Stłumienie serca w granicach prawidłowych. Tony serca ciche. Tętno 120/min. słabo napięte, miarowe. Ciśnienie krwi 100/50 mm Hg. Brzuch prawidłowo wysklepiony, przy obmacywaniu niebolesny; wątroba, śledziona niewyczuwalne. Mocz o odczynie kwaśnym, ciężarze gatunkowym 1020; w osadzie poszczególne krwinki czerwone. W stolcu odczyn piramidonowy na krew dodatni. Plwocina śluzowo-ropna z dużą domieszką świeżej krwi.

Badanie krwi: krew bladawa, wodnista; czas krwawienia wyraźnie niemiarowy, trwający 18 minut (metoda Duke'a), czas krzepnięcia 15 minut, w tym odczynu 6 minut (metoda Sahliego-Fonio). Objaw opaskowy dodatni. Kurczliwość skrzepu (po 24 godz.) bardzo mała. Ilość płytek 32.900 w 1 mm³ krwi (metoda Fonio); hemoglobiny *29%*, ciałek czerwonych *2,350.000*; wskaźnik barwikowy 0.63, ciałek białych 10.000. Z tego: wielojądrzastych obojętnochłonnych 53%, limfocytów 38%, monocytów 2%, eozynofilnych 3%, pałeczkowych 4%. Ciałka czerwone krwi wykazują nieznaczną poikilocytozę, anizocytozę, rzadko występujący polichromatofil. Szybkość opadania krwinek czerwonych 90.

W ciągu pierwszych dwu tygodni stan chorego bardzo ciężki: gorączka do 39° i powyżej, krwawienia z nosa i błon śluzowych jamy ustnej utrzymują się, na skórze widoczne świeże wybroczynki. Dwukrotny posiew krwi na żółć i bulion — ujemny. W plwocinie prątki Kocha obecne. Zdjęcie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazuje: u podstawy górnego płata płuca prawego stwierdza się w otoczeniu nieznacznie nasiekłym dużą jamę o ostrych granicach z nieznaczną ilością płynu na dolnym biegunie. (Oddz. Rentgenolog. Szpitala św. Łazarza).

Na podstawie badania klinicznego płuc, obecności prątków Kocha oraz wyniku badania promieniami Roentgena stwierdzającego zmiany jednostronne założono odmę. (Zanim jeszcze rozpoznano gruźlicę tj. w pierwszych dwu dniach, celem powstrzymania krwotoku z nosa i błon śluzowych jamy ustnej stosowano takie środki, jak surowica, *natrium chloratum* — bez skutku).

Już po czwartym dopełnieniu tj. w 11 dniu od założenia odmy w stanie chorego zaznacza się wybitna poprawa: gorączki nie sięgają nawet 38°, krwawienia z nosa i jamy ustnej prawie ustąpiły, na skórze nowych wybroczyn nie stwierdza się; chory żywszy, łaknienie i sen dobre. Obraz krwi również uległ zmianom: zwiększenie się liczby płytek, czas krwawienia i krzepnięcia krótszy, objaw opaskowy słabo dodatni. W dwa tygodnie później chory o własnych siłach opuścił szpital z tym, że nadal ma zgłaszać się do leczenia odmowego. I jeszcze kilkakrotnie zakładano u niego odmę, lecz dalszego leczenia nie dało się przedłużać z powodu wytworzonych zrostów opłucnej.

Nie wdając się w szczegóły, które brano pod uwagę przyjęto ostatecznie skazę krwotoczną w przebiegu gruźlicy. Zachodzi pytanie, czy w danym przypadku gruźlica dołączyła się do istniejącej już skazy, czy też skaza krwotoczna jest wynikiem zadziałania jadów gruźliczych na małowartościowy układ krwiotwórczy?

Możliwość istnienia skazy już przed ujawnieniem się choroby płuc wykluczają wywiady w tym kierunku. Występowanie zaś skazy krwotocznej w przebiegu ostrych chorób zakaźnych jest rzeczą dość częstą; jeżeli jednak chodzi o gruźlicę (1), to pojawia się niezmiernie rzadko i to albo typu Werlhofa albo typu niedokrzepliwości (2), albo w postaci skazy anafilaktoidalnej (3), albo wreszcie w postaci mieszanej. Że w występowaniu skazy czynnik zakaźno-jadzicowy działa nie tylko na naczynia, ale i na układ wątrobowo-śledzionowy potwierdza przypadek opisany przez Opitza i Silberberga (4), gdzie w wyniku gruźlicy układu wątrobowo-śledzionowego przyszło do skazy na tle małopłytkowości. Również stosunkowo często widywano występowanie skazy krwotocznej w przebiegu *typhobacillosis* Landouzy (5, 6, 7). Przy tej postaci gruźlicy stwierdzano na zwłokach martwicze ogniska w krwiotwórczym układzie, szczególnie w szpiku kostnym. Jest więc jasnym, że przy tej postaci spotyka się skłonność do wynaczynień skórnych, na błonach śluzowych i do zmian w obrazie krwi.

Wracając do omawianego przypadku i biorąc pod uwagę ciężki stan ogólny z wybijającą się na pierwszy plan rozpadową gruźlicą płuc jako schorzeniem podstawowym, należy myśleć przede wszystkim o skazie krwotocznej objawowej. Za tym przemawia ta okoliczność, że po założeniu odmy z poprawą stanu płuc ustąpiły równocześnie objawy skazy. I właśnie przez wzgląd na tę poprawę opisano powyższy przypadek.

Piśmiennictwo:

1) E. Steffen: Gruźlica. T. VI. 1931. — 2) J. Misiewiczówna: Pol. Arch. Med. Wewn. T. IV. — 3) F. Dłutek i M. Kruszówna: Nowiny Lekarskie. Z. 10. 1934. — 4) H. Opitz i M. Silberberg: Klin. Wschr. Nr 32. 1924. — 5) H. Bergmann: Ztschr. f. Tbk. 55. 1930. — 6) Eckel: Med. Klin. H. 6. 1929. — 7) Renmen: Beitr. Klin. Tbk. 53. 1922.

Bronisław PETRYŃSKI. Lwów.

Wpływ kwasu l-askorbinowego na przebieg plamicy małopłytkowej.

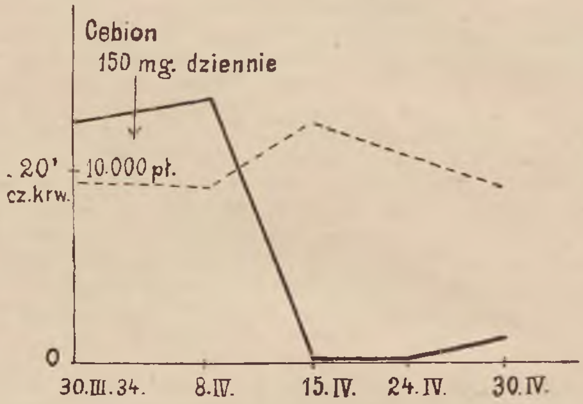
Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr Roman Rencki.

Poznanie budowy chemicznej i synteza kwasu l-askorbinowego (witaminy C) stały się przyczyną znacznego postępu w zakresie naszych wiadomości o klinicznym znaczeniu witaminy C. Dzięki produkcji syntetycznej witaminy C, która uczyniła ten lek łatwo dostępnym, badano działanie jego w najrozmaitszych stanach chorobowych, a dorobek naukowy stąd pochodzący wyraża się już dziś setkami pozycyj bibliograficznych.

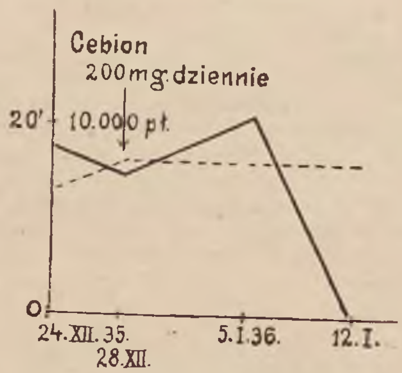
Opierając się na hamowaniu krwawień gnilcowych przez witaminę C, usiłowano wykorzystać jej działanie przeciwkrwotoczne w leczeniu skaz krwotocznych, przy czym największe zainteresowanie wzbudzał wpływ witaminy C na przebieg plamicy małopłytkowej.

Wyniki pierwszych prób wskazywały, że witamina C: 1) wzmaga krzepliwość krwi przez zwiększanie ilości albuminów osocza, nie wywołując przesunięć w układzie elektrolitów krwi, 2) zmniejsza przepuszczalność naczyń włosowatych, skracając czas krwawienia i 3) powoduje przyrost liczby płytek. Badania doświadczalne wykazały, że witamina C zwiększa krzepliwość krwi także *in vitro*, lecz dopiero przy pH — 7,4, a więc w warunkach, jakie w sokach ustrojowych nie zachodzą. Przyrost liczby płytek, jaki stwierdzano niekiedy u osób zdrowych i u zwierząt doświadczalnych po podaniu witaminy C, był zjawiskiem niestałym i przemijającym. Również wpływ na stan naczyń włosowatych jest nieswoisty i występuje niestale.

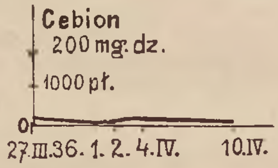
Wobec rozbieżnych opinij poszczególnych autorów o skuteczności witaminy C w leczeniu plamicy małopłytkowej, zastosowaliśmy ten lek w postaci preparatów Cebion-Merck i Redoxon-Roche w 5 przypadkach plamicy małopłytkowej pierwotnej i w 3 przypadkach objawowej (2 przyp. ostrej białaczki i 1 przyp. niedokrwistości aplastycznej). Uzyskane wyniki przedstawiają poniższe wykresy.



I. L. dz. kl. 539. 34/35.



II. L. dz. kl. 278. 35/36.



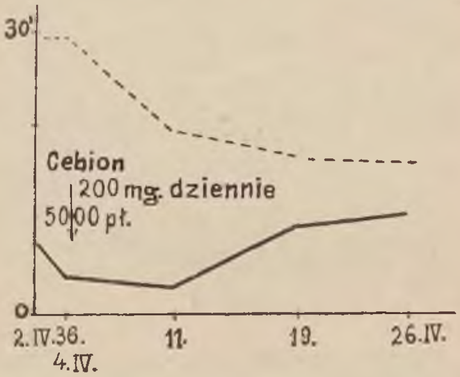
III. L. dz. kl. 553. 35/36.
Czas krwawienia stale ponad 30 sek.

Z przytoczonych tablic wynika, że na 5 przypadków plamicy małopłytkowej, w 3 przypadkach, o przebiegu szczególnie ciężkim, kwas askorbinowy nie powoduje przyrostu płytek, skrócenia czasu krwawienia, ani ustania krwawień. Mierny korzystny wpływ stosowania dużych dawek witaminy C widzieliśmy w 2 pozostałych przypadkach plamicy małopłytkowej, w których przebieg cierpienia był łagodny.

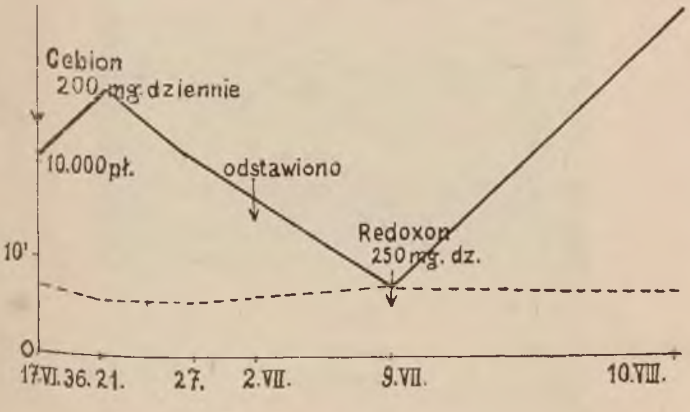
W przypadkach skazy małopłytkowej objawowej nie stwierdziliśmy żadnego wpływu na przebieg skazy krwotocznej, dla oszczędności miejsca nie przedstawiamy szczegółowych wyników.

Ujemne wyniki przedstawionych prób pozwalają na wniosek, zgodny z rozważaniami teoretycznymi, o zupełnym braku swoistości w działaniu witaminy C w plamicy małopłytkowej. Choroba ta powstaje bowiem u osób, spożywających pokarmy wystarczająco bogate w witaminy C, a oznaczanie bilansu witaminy C nie wykazuje u nich deficytu. Zdania innych autorów co do tego zagadnienia są zgodne, toteż zaniechaliśmy kontrolowania tego na spostrzeganym materiale zwłaszcza, że metodyka tych badań jest bardzo niedokładna, a zarówno warunki materialne naszych chorych, jak i wywiady, przemawiały przeciw możliwości istnienia u nich nawet nieznacznego niedoboru czynnika C.

Dotychczas ogłoszone liczne korzystne wyniki leczenia plamicy małopłytkowej przy pomocy witaminy C oraz wyniki, uzyskane w naszych 2 ostatnich przypadkach, nie pozwalają na odrzucenie możliwości pewnego nieswoistego wpływu witaminy C na przebieg plamicy małopłytkowej. Leczenie przy pomocy witaminy C nie ma żadnej wyższości nad innymi sposobami postępowania leczniczego, a korzystnych wyników oczekiwać można po nim jedynie w przypadkach, odznaczających się przebiegiem łagodnym.



IV. L. dz. kl. 569. 35/36.



V. L. dz. kl. 813. 35/36.

Legenda: ——— płytki krwi
- - - - - - - - czas krwawienia

Korzystny wpływ witaminy C w plamicy małopłytkowej wyraża się przede wszystkim poprawą stanu naczyń włosowatych, w niniejszym stopniu przyrostem liczby płytek. Uszkodzenie śródbłonków naczyniowych w plamicy małopłytkowej jest innego pochodzenia, niż w gnilcu, jednak jest możliwe, że duże dawki witaminy C, jakie przywracają prawidłowe czynności śródbłonkom naczyniowym w gnilcu, wywierają jakiś korzystny wpływ również w przypadkach plamicy małopłytkowej. Wpływ ten jest jednak nieswoisty a brak jego w 3 naszych przypadkach plamicy małopłytkowej z przebiegiem złośliwym świadczy o tym, że, jeśli witamina C może doprowadzić do cofnięcia się zmian w śródbłonkach naczyniowych, wywołanych przez plamicę małopłytkową, to tylko wtedy, gdy stopień tych zmian jest niewielki.

Piśmiennictwo:

R. Ammon: Klin. Woch. Str. 85. 1936. — Böger-Schröder: M. med. Woch. Str. 7. 1934. — Böger-Martin: M. med. Woch. Str. 899. 1935. — Bürger-Schrade: Klin. Woch. Str. 550. 1936. — Cotti-Larizza: Klin. Woch. Str. 227. 1936. — Eufinger-Gaetgens: Klin. Woch. Str. 150. 1936. — Gabbe: Klin. Woch. Str. 292. 1936. — Grunke-Otto: Med. Klinik. Str. 52. 1936. — Junghans-Halle: Klin. Woch. Nr 25. 1935. — Klima: Klin. Woch. Str. 935. 1936. — Lorenz: Wien. Klin. Woch. Str. 1195. 1936. — Neumann: Klin. Woch. Str. 368. 1936. — Risak: Die Ärztl. Prax. Str. 322. 1935. — Scheer: Med. Klinik. Str. 70. 1936. — Schiff: Klin. Woch. Str. 1504. 1935. — Ten sam: Klin. Woch. Str. 238. 1936. — Sedlacek: Med. Klinik. Nr 26. 1935. — Stepp: M. med. Woch. Nr 26. 1935. — Tislowitz: Klin. Woch. Str. 227. 1936. — Tomaszewski: Pol. Gaz. Lek. Str. 237. 1936. — Ten sam: Nowiny Lekarskie. Str. 533. 1936.

———

Irena PELCZARSKA. Lwów.

Wpływ dożylnych wlewań glikogenu na poziom glikogenu w narządach.

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr M. Franke.

W doświadczeniach naszych badaliśmy zmiany w zachowaniu się glikogenu w narządach pod wpływem dożylnych wlewań glikogenu u zwierząt.

Przeprowadziliśmy dwa typy doświadczeń: glikogenizację ostrą u królików i glikogenizację przewlekłą u psa.

Do doświadczeń użyliśmy królików wagi około 2 kg i psów wagi około 20 kg. Króliki pozostawały na pożywieniu zwyczajnym, roślinnym. U psów zastosowaliśmy dietę, składającą się z mięsa surowego, ziemniaków, kukurydzy i słoniny, co dawało łącznie wartość 1000 Kal. dziennie, tj. około 50 Kal./kg wagi ciała.

Zwierzęta po wlewaniu nie wykazywały żadnych zaburzeń ogólnych.

Pożywienie odstawiano na 24 godziny przed doświadczeniem.

Glikogen w narządach oznaczaliśmy metodą Pflügera.

Na wstępie podamy uzyskane przez nas i przez innych liczby dotyczące procentowej zawartości glikogenu w narządach królika prawidłowego.

wątroba:	3.8%	(1.0 — 8.6)
m. sercowy:	0.31%	(0.2 — 0.60)
m. prążkowany:	0.4%	(0.11 — 0.60)
płuco:	39.3 mg %	(19.1 — 82.5)
śledziona:	49 mg %	(41.0 — 58.0)

Ze względu na wyniki wyżej podane podkreślić należy, że u królika prawidłowego stosunek glikogenu w płucach do glikogenu w wątrobie jest wartością względnie stałą, wyrażającą się liczbą 1:100. Np. u zwierzęcia, u którego wątroba wykazywała 2.5% glikogenu, zawartość glikogenu w płucach wynosiła 22—27 mg %, natomiast u zwierzęcia wykazującego 4.3% glikogenu w wątrobie znaleźliśmy w płucach 40—45 mg % tego ciała itd.

Doświadczenie ostre. Do wlewań używaliśmy w glikogenizacji ostrej na królikach roztworu glikogenu w płynie fizjologicznym lub w wodzie przekroplonej w stężeniach od 5—20%. Jednorazowo wlewano 10—40 cm³ roztworu, co stanowiło 0.95—1.25 g glikogenu na kg wagi ciała.

Zwierzęta zabijano w ½ do 2 godz. po wlaniu, wyjmowano narządy z zachowaniem potrzebnych ostrożności i oznaczano w nich procentową zawartość glikogenu.

Dla przykładu przytoczymy kilka wyników doświadczeń.

Królik Nr 3, po podaniu glikogenu 40 cm³ roztworu 5%:

płuco:	158 mg %	glikogenu
wątroba:	0.27%	glikogenu

Królik Nr 4, po podaniu glikogenu 40 cm³ roztworu 5%:

płuco:	76 mg %	glikogenu
wątroba:	0.39%	glikogenu

Królik Nr 6, po podaniu glikogenu 10 cm³ roztworu 20%:

płuco:	304 mg %	glikogenu
wątroba:	0.36%	glikogenu

W wynikach tych musimy podnieść charakterystyczną zmianę stosunku glikogenu płucnego i wątrobowego, podanego powyżej.

Stwierdza się mianowicie zachwianie równowagi, panującej w stanie prawidłowym, które wyrażało się znacznym spadkiem zawartości glikogenu wątrobowego (przeciętnie do 0.3%), w płucach zaś wzrostem zawartości tego ciała (przeciętnie do 105 mg %). Stosunek liczbowy wyrażał się teraz wartością 1:3.

Zachowanie się glikogenu w innych narządach nie wykazywało żadnych szczególnych zmian po jednorazowym wlaniu. W mięśniu prążkowanym znajdowano przeciętnie 0.28% glikogenu, w mięśniu sercowym 0.30%, co odpowiadało wartościom normalnym.

Doświadczenie przewlekłe. W tej serii badań poddaliśmy psa glikogenizacji przewlekłej.

Zwierzęciu wlewano glikogen co drugi dzień na czczo, w roztworach wodnych lub w płynie fizjologicznym. Stężenie roztworu wynosiło 4,5—20%, a wprowadzano go w 15—75 cm³ roztworu.

Zwierzę w ciągu miesięcznej glikogenizacji otrzymało około 100 g glikogenu.

Po okresie jednego miesiąca zwierzę zabito i pobrano narządy do badania chemicznego i histologicznego, celem stwierdzenia zawartości i rozmieszczenia glikogenu w narządach.

Badanie chemiczne. W przypadku glikogenizacji przewlekłej u psa stwierdziliśmy uderzająco wysokie wartości glikogenu w płucach (do 203 mg %), dość znaczne ilości glikogenu w nerce (1.74%), natomiast w wątrobie poziom glikogenu był normalny (3.5%). Stosunek glikogenu płucnego do wątrobowego zmienił się nieznacznie i wynosił 1:150.

Normalną zawartość glikogenu wykazywały: mięsień sercowy, śledziona, mózg.

Badanie histologiczne. Skrawki barwiono metodą Besta.

W wątrobie stwierdzano skupienia glikogenu przeważnie w obwodowych częściach zrazika, w mniejszym stopniu koło żyły środkowej.

W nerce można było wykazać glikogen w nieznacznych skupieniach w zakresie kłębuszków.

W innych narządach w ilości i rozmieszczeniu glikogenu nie stwierdzaliśmy niczego charakterystycznego.

W płucach mimo wysokiego poziomu glikogenu, histologicznie nie udało się go wykazać.

Z badań naszych wynikało by więc, że ostra i przewlekła glikogenizacja zmienia stosunek glikogenu płucnego i wątrobowego, a to ostra zwiększa zawartość glikogenu w płucach, obniżając równocześnie jego poziom w wątrobie, w przewlekłej zaś mamy do czynienia ze wzrostem ilości glikogenu w płucach, przy niezmienionej wartości w wątrobie.

Fakt powyższy zdaje się wskazywać na rolę płuc w gospodarce węglowodanowej, podkreślaną już w piśmiennictwie, badania dotychczasowe nie dają nam jednak pewnych podstaw do wytłumaczenia mechanizmu powstawania gwałtownego spadku glikogenu w wątrobie w przypadku glikogenizacji ostrej.

Henryk WEBER. Lwów.

Zmiany elektrokardiograficzne w następstwie działania jadu błoniczego.

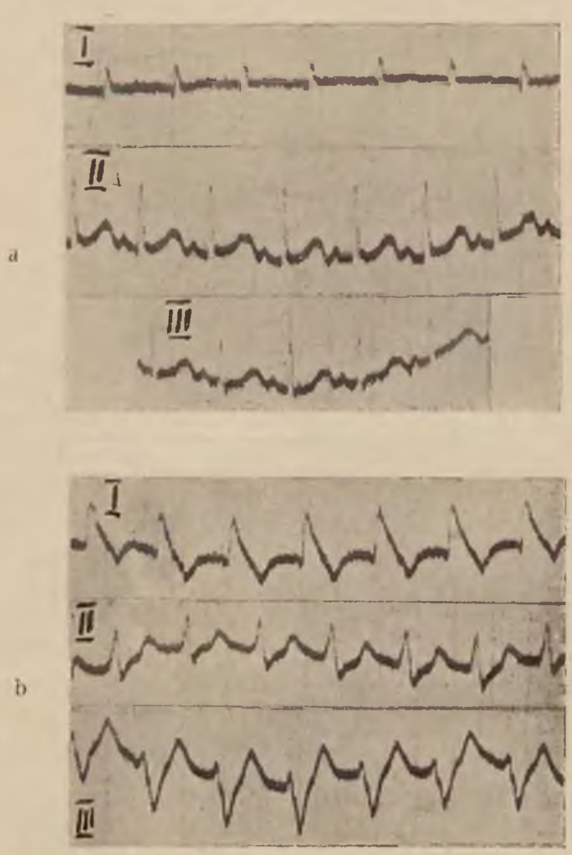
Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr M. Franke.

Przedmiotem naszej pracy było zbadanie w eksperymencie zmian elektrokardiogramu (EKG), występujących pod wpływem działania jadu błoniczego na serce.

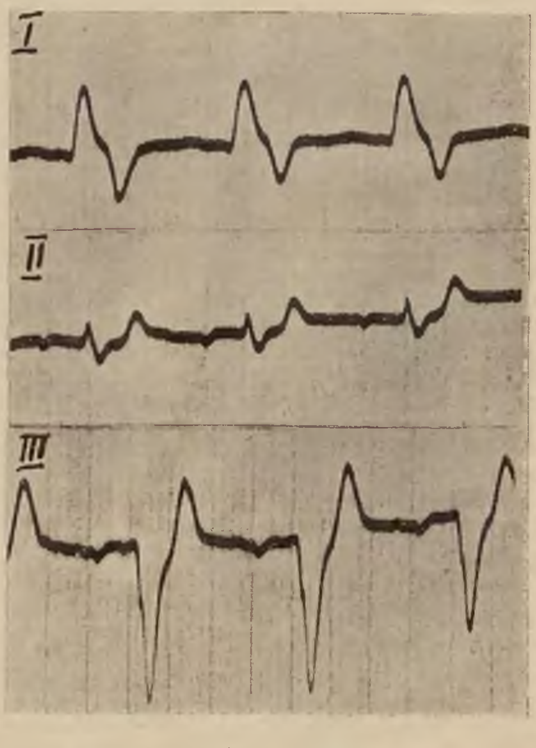
Doświadczenia przeprowadzaliśmy na 14 królikach. Zdjęcia wykonywaliśmy w ułożeniu grzbietowym zwierząt przy zastosowaniu elektrod igłowych wbijanych pod skórę. Używaliśmy trzech odprowadzeń odpowiadających typowym odprowadzeniom stosowanym u ludzi wg Einthovena. Jad błoniczy dostarczony przez P. Z. H. w Warszawie o stałej sile (D. L. M. dla świnki morskiej 0,012) stosowaliśmy w roztworach (1/50, 1/100, 1/200, 1/1000) każdorazowo świeżo przyrządzanych. Wprowadzaliśmy go w ilości 1 cm³ podskórnie bądź do żyły brzeżnej ucha. W niniejszym doniesieniu podamy 4 obserwacje najbardziej charakterystyczne.

1. *Królica IX.* Przez 3 dni z rzędu wstrzykiwaliśmy podskórnie jad błoniczy w rozcieńczeniu 1/100. Od trzeciego dnia stopniowy spadek na wadze do 2200 g (2500 g przed doświadczeniem), 4 dnia porażenia kończyn. Zmiany EKG do 4 dnia nieznaczne: po wstrzyknięciach lekkie przyspieszenie rytmu i obniżanie wzniesienia R II, R III, załamek T nieco ostrzejszy. Od 4 dnia zmiany bardzo wybitne: krzywa przedstawia obraz bloku odgałęzienia prawego. Brak wychylenia P (Ryc. 1 b). 5 dnia zaburzenie przewodnictwa śródkomorowego staje się jeszcze wybitniejsze. Wychylenie początkowe QRS wybitnie rozszerzone w porównaniu z dniem poprzednim (z 0,09 na 0,1 sek.). Drżenie przedsionków. Silna bradykardia komór, wynosząca 81 uderzeń na minutę (przed podawaniem jadu 277). Wieczorem zgon.

2. *Królica XV.* Podaliśmy dożylnie toksynę błoniczą 1 dnia w rozcieńczeniu 1/1000, 13 dnia w rozcieńczeniu 1/200, 33 dnia 1/100. Waga spadała stopniowo z 2650 g do 1800 g. Brak porażeń. 36 dnia zgon. Do 13 dnia brak było wyraźnych zmian krzywej EKG. Wystąpiło tylko nieznaczne obniżenie R zwłaszcza R III. Od 13 dnia R zwłaszcza R III bardzo niskie. Odcinek ST obniża się poniżej linii izoelektrycznej, T I staje się wyraźniejsze. Od 33 dnia postępujące zmiany krzywej EKG. Wychylenia R bardzo niskie. ST II, ST III wyraźnie obniżone. 36 dnia bradykardia komór coraz silniejsza od 51 uderzeń na minutę. Załamek P początkowo dodatni staje się wybitnie ujemny w odprowadzeniu II i III. Przewodnictwo przedsionkowo-komorowe PQ ulega wybitnemu przedłużeniu z 0,06 na 0,08—0,12 sek. Zespoły komorowe dwufazowe, QRS wybitnie rozszerzające się do 0,07. Krzywa EKG daje więc obraz ciężkiego uszkodzenia całego układu przewodzącego (Ryc. 2).



Ryc. 1.
Królica IX. a) przed wstrzyknięciem jadu błoniczego — b) 4 dzień doświadczenia.



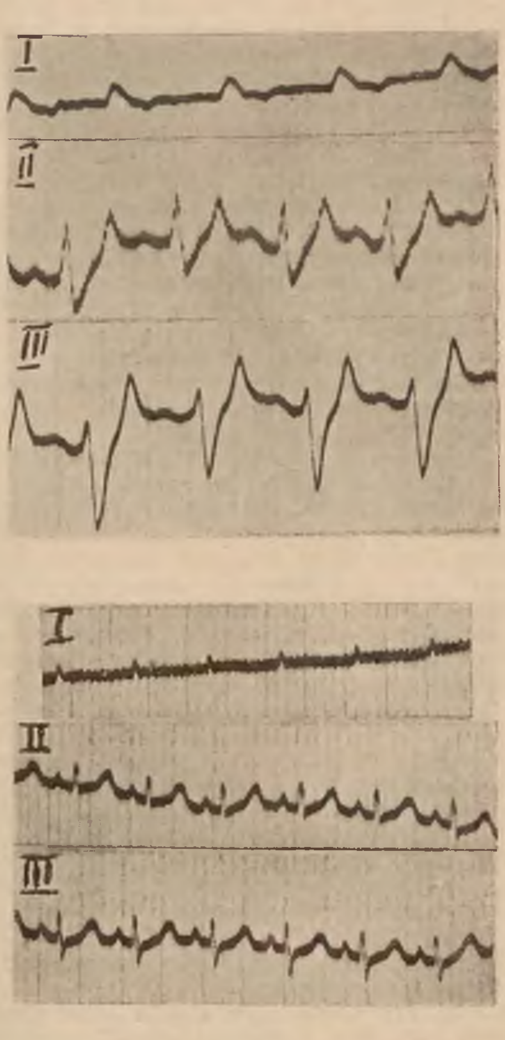
Ryc. 2.
Królica XV. 36 dni po wstrzyknięciu jadu błoniczego.

3. *Królica XIII.* Jad błoniczy podawaliśmy podobnie, jak królicy XV. Do 33 dnia EKG prawie bez zmian. Jedynie R obniża się do 9 dnia. 20 dnia R bardzo niskie wykazuje lekkie zawęźlenia. 37 dnia krzywa EKG zmienia kilkakrotnie swój kształt.

Nieznaczna ranna bradykardia przechodzi w południe w rytm węzłowy o znacznej częstości uderzeń, 403 na minutę *(tachycardia nodalis)*. Po trzech godzinach zdjęcia wykazują ponownie rytm zatokowy; lekka bradykardia, PQ nieco przedłużone. Po następnej godzinie bradykardia wzmaga się, PQ III przedłużone, QRS wybitnie szersze (Ryc. 3 a). O godzinie 20

a

b



Ryc. 3.
Królica XIII. a) 37 dzień doświadczenia — b) 58 dzień doświad.

przewodnictwo przedsionkowo-komorowe PQ wraca do normy. Bradykardia utrzymuje się przez kilka następnych dni. QRS stopniowo wraca do normy, osiągając ją 57 dnia. Poza niskim R, EKG jest zupełnie prawidłowy (Ryc. 3 b). W tej serii doświadczeń poważne zmiany krzywej EKG, wskazujące na zaburzenia rytmu zatokowego, przewodnictwa przedsionkowo-komorowego oraz śródkomorowego, cofają się, co mogło by dowodzić więcej czynnościowego niż organicznego uszkodzenia mięśnia sercowego.

4. *Królik XX*. Jednorazowy zastrzyk dożylny jadu 1/50. Do trzech dni zgon. Brak porażeń. EKG wykazuje postępującą bradykardię. R bardzo niskie. Zresztą brak zmian. W doświadczeniach tego typu śmierć pod wpływem dużego stężenia jadu występuje tak szybko, że brak czasu na wytworzenie się zmian w mięśniu sercowym. Bradykardia jest prawdopodobnie następstwem podrażnienia nerwu błędnego.

Zbierając ogólnie wyniki wszystkich naszych doświadczeń dochodzimy do wniosku, że jad błoniczy powoduje wybitne i różnorodne zmiany krzywej EKG we wszystkich jej odcinkach. Wychylenie P pomniejsza się stopniowo, przechodząc niekiedy w wybitnie ujemne. Czasem występuje drżenie przedsionków. Zaburzenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego jest niekiedy bardzo znaczne. PQ przedłuża się do 0,12 (norma u naszych królików 0,06). Pojawia się blok przedsionkowo-komorowy częściowy a także i zupełny.

Uwagę naszą zwróciło zachowanie się wychylenia R, we wszystkich przypadkach znacznie się obniżającego. Zmiana ta pierwsza i bardzo wczesna zasługuje na podkreślenie. Także w przypadkach, w których EKG wracał do normy, niskie R dość długo się utrzymujące było jedyną pozostałością minionych zaburzeń. Najwybitniejsze zmiany dotyczyły zespołu komorowego, świadcząc o zaburzeniu przewodnictwa śródkomorowego oraz o uszkodzeniu mięśnia sercowego. Bardzo częsty był blok odgałęzienia prawego. Wychylenie początkowe bardzo znacznie się rozszerzało w miarę działania jadu. S pogłębiało się, odcinek ST II, ST III obniżał się, załamek T stawał się wybitnie ujemny, ostry, głęboki zwłaszcza w odprowadzeniu I. Zespoły komorowe często dwufazowe. Zwolnienie rytmu zatokowego występowało we wszystkich prawie przypadkach. Raz spostrzegaliśmy rytm węzłowy oraz skurcze dodatkowe komorowe.

Jad błoniczy wywoływał więc w doświadczeniach na królikach zmiany elektrokardiograficzne, wskazujące na trwałe, postępujące, a czasem także na przejściowe, cofające się, zmiany układu przewodzącego oraz innych odcinków mięśnia sercowego.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 7. 1937. Graber A.: Zaburzenia czynności układów oddychania i krążenia po operacjach na klatce piersiowej (c. d.). — Maschler H.: Badania nad niektórymi własnościami farmakologicznymi soli sodowej ewipanu (dok.). — Macewicz P.: Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu (dok.).

Nowiny Lekarskie. Z. 4. 1937. Świder Zdz.: O wartości wyrwania nerwu przeponowego, jako samodzielnego zabiegu w leczeniu zapadowym gruźlicy płuc. — Sławiński J.: Wyniki próby Manoiłowa w świetle naszych badań. — Dylewski B.: Udoskonalenie sposobów regulowania ciepłoty wziewanych leków. — Hryniewiecki St.: Stan nerek młodzieży rzemieślniczej. — Kuhn A.: Stillerowska fundacja w Morszynie (c. d.).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 3. 1937. Huszcza A.: Koncepcje organizacyjne świata lekarskiego. — Witaszek E.: W sprawie lekarzy rejonowych i ośrodków zdrowia w Wielkopolsce.

Gruźlica. Nr 6. 1936. Berdo N.: Odczyn wiązania dopełniacza według Witebsky'ego-Klingensteina-Kuhna w gruźlicy płuc dorosłych. — Prybe St.: Wyniki badań odczynów tuberkulinowych u dzieci szkół powszechnych w Łodzi. — Skibiński Z.: O roli przepony w samodopełnianiu się odmy samoistnej na podstawie spostrzeganego przypadku. — Russew R.: Służba zdrowia w Bułgarii ze specjalnym uwzględnieniem walki z gruźlicą.

Zdrowie Publiczne. Nr 1. 1937. Ostromęcki B.: Typy małych pawilonów dla chorób zakaźnych przy powiatowych (miejskich) szpitalach ogólnych. — Sielicki B.: Walory ujęcia biologicznego zagadnienia gruźlicy. — Grzegorzewski E.: Służba zdrowia a opieka społeczna i ich współpraca w terenie. — Rostkowski L.: Metody zwalczania jaglicy. — Przybylska Z.: O zębolecznictwie dzieci szkolnych w Polsce. — Kacprzak M.: Pielęgniarka społeczna na wsi.

Medycyna Praktyczna. Z. 2. 1937. Łobacz St.: Łysienie u dziewcząt przy przewlekłym schorzeniu szpiku kostnego w okresie pokwitania. — Bąk I.: Kombinowane leczenie schorzeń przewodu pokarmowego węglem i środkami przeczyszczającymi.

Lekarz Polski. Nr 2. 1937. Chodźko W.: Walka z gruźlicą w Polsce. — Rudzki St.: Ustawodawcza walka z gruźlicą. — Sielicki St.: Kilka uwag o współczesnej wiedzy o gruźlicy. — Skokowska-Witoldowa M.: Opieka nad matką i dzieckiem w świetle ustawodawstwa istniejącego i projektowanego. — Krasuski A.: Z historii leków (dok.). — Zdunkiewicz J.: Ubezpieczenia społeczne a zapobieganie chorobom i wypadkom przy pracy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 8. 1937.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 1—2. 1937. Borak J.: Leczenie energią promienną złośliwych nowotworów szczękowych. — Hartman L.: Nowy środek do znieczulania zębiny prof. dr L. Hartmana. — Kukla-Kocowska Z.: O zębach nadliczbowych. — Ligęza J.: W sprawie zwiększenia świadczeń w zakresie zębolecznictwa ze strony ubezpieczalni społecznej. — Owiński T.: Sposoby ustalania jednostronnej protezy górnej. — Schatzker K.: Eksperymentalne badania nad środkami znieczulającymi i adrenaliną w stomatologii.

Biologia Lekarska. Z. 10. 1936. Gedroyć M.: Przysadka mózgowa jako nadrzędny gruczoł wewnętrznego wydzielania.

OCENY.

Higiena i ochrona narządu wzroku. W. H. MELANOWSKI. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych. Str. VIII + 197. 50 Rycin (3 barwne). Warszawa, 1936. Cena zł 6.

Higiena i ochrona zdrowia przy pracy pozostawia u nas niewątpliwie wiele do życzenia. Szczególnie cierpi na tym narząd wzroku, którego już stosunkowo lekkie urazy mogą spowodować częściową lub całkowitą niezdolność do pracy. Każdy, kto styka się z większym materiałem chorób ocznych, wie ile u nas oczu co roku pada ofiarą. Przyczynia się do tego nie tylko niedostateczna ochrona oczu przy pracy, lecz także zła organizacja pierwszej pomocy lekarskiej, niedostateczne wyposażenie lekarzy fabrycznych, ubezpieczalni, a nawet większych oddziałów ocznych w środki pomocy okulistycznej. Na czym polegają braki, jak im zaradzić poucza omawiane wydawnictwo, w którym autor — mający zasłużone imię na polu higieny wzroku — zaznajamia nas z całokształtem zagadnień związanych z higieną i ochroną narządu wzroku przy pracy. Z książki tej niewątpliwie największą korzyść odniosą lekarze mający bezpośrednią styczność z nieszczęśliwymi wypadkami przy pracy, a więc lekarze fabryczni i ubezpieczalni społecznych, następnie czynniki nadzorujące bezpieczeństwo pracy, a także okuliści, którzy znajdą w niej treściwe ujęcie chorób zawodowych oka i naukowe podstawy orzecznictwa.

Po popularnym przedstawieniu anatomii i fizjologii narządu wzroku w rozdziale I, autor omawia w rozdziale II znaczenie chorób oczu w zdolności do pracy, szczególny kładąc nacisk na schorzenia zewnętrznych części oka i dróg łzowych, które czynią niemożliwą lub specjalnie niebezpieczną pracę bez okularów ochronnych w kurzu i przy odpryskach. Rozdział III traktuje o chorobach zawodowych oczu, z których niektóre, jak skrzydlik, schorzenia rogówki u kamieniarzy, tokarzy i w pewnych innych zawodach oraz zapalenia spojówki na tle uczulenia nie są uwzględnione w ustawodawstwie. Ustawodawstwo nasze daje podstawę do uznania za choroby zawodowe spraw ocznych na tle zatruć, wąglik, oczopląs górników i zaćmę hutniczą. Z tych obowiązkowi zgłoszenia podlegają zatrucia ołowiem i rtęcią oraz wąglik. Istnieje więc luka w dotyczących ustawach. W rozdziale IV autor obszernie omawia wszelkie możliwe urazy narządu wzroku przy pracy, a więc urazy mechaniczne, cieplne, chemiczne, za pomocą energii promienistej i elektrycznej, uwzględniając zarazem sposoby zapobiegania i postępowania lecznicze przy nich. Można by tu zarzucić, że autor w wykładzie o urazach mechanicznych zbyt rozdrabnia się w szczegółach, omawiając uszkodzenia każdej błony oka z osobna, zamiast omówić uszkodzone oko jako całość tak, jak ono się przedstawia badającemu lekarzowi.

W następnych wydaniach należało by też uzupełnić pewne rzeczy np. zaćmę miedzianą, bardzo łatwą do rozpoznania i będącą pewnym objawem obecności miedzi w oku. Należało by też położyć większy nacisk na jaskrę pourazową i przestrzec przed stosowaniem atropiny w świeżych stłuczeniach gałki ocznej; ponadto zasługiwało by na wzmiankę, że nieraz stosunkowo lekkie urazy otoczenia oka mogą spowodować pęknięcie wierzchołka oczodołu i przerwanie nerwu wzrokowego, dając zupełne oślepnięcie, bez wszelkich objawów przedmiotowych tak, że chory łatwo mógłby być podejrzywany o symulację.

W rozdziale V autor omawia statystykę 667 przypadków ciężkich urazów oka, zestawioną przez Zakłady Ubezpieczenia od wypadków. Wynika z niej, że najczęstsze (56,1%) są urazy spowodowane odpryskami przy ręcznej obróbce metali, dalej idą urazy tępe (15%) zdarzające się głównie w rolnictwie i leśnictwie, potem oparzenia chemiczne (7,6%), z których — co jest bardzo ważne — 2/3 stanowią oparzenia wapnem. Autor podkreśla, że przede wszystkim (w 85%) urazami zostają dotknięci pracownicy bez dostatecznych kwalifikacyj, młodociani i uczniowie. Dlatego ważne jest, by już w nauce rzemiosła zaznajamiano uczniów z rękoczynami, które mogą być szczególnie niebezpieczne dla oczu. Nauka powinna być poglądowa, ilustrowana przedstawieniem realnych faktów z dziedziny nieszczęśliwych wypadków, a nie posługiwaniem się fantastycznymi i nieraz śmiesznymi plakatami propagandowymi.

Rozdział VI zajmuje się ochroną oczu przed urazami mechanicznymi, chemicznymi i przed działaniem energii promienistej.

W rozdziale VII autor omawia pomoc doraźną przy wypadkach fabrycznych. Może ona być udzielona przez nie-lekarza, polegając na przepłukaniu oka w razie oparzeń, usunięciu powierzchownych ciał obcych i na założeniu w razie skaleczeń jałowego opatrunku. „Szybka i prawidłowo zastosowana pomoc, okazana robotnikowi przez kolegę, obecnego przy wypadku, będzie rzeczywistym początkiem pomocy lekarskiej i często przyczyni się do ograniczenia ciężkich następstw wypadku". Pomoc lekarska powinna być należycie zorganizowana; lekarz fabryczny — który powinien też współdziałać w zapobieganiu wypadkom przy pracy — musi mieć należycie wyposażone ambulatorium dla lżejszych wypadków i przewidziany plan działania dla ciężkich. Przypadek, w którym zachodzi podejrzenie na ciało obce w oku, powinien zostać jak najszybciej wysłany do większego szpitala, posiadającego Roentgena i elektromagnes. Było by pożądanym, by każdy zakład przemysłowy posiadał własny samochód sanitarny. Odsyłanie chorego do szpitala, który nie może udzielić pełnowartościowej pomocy, jest niepotrzebną i szkodliwą stratą czasu.

W rozdziale ostatnim autor zajmuje się orzecznictwem ocznym, podając normy sprawności wzroku potrzebnej w służbie wojskowej, państwowej cywilnej, w kolejnictwie, dla kierowców itp. Przytacza też dokładną listę zawodów, w których potrzebna jest dobra sprawność wzroku i w których może ona być zmniejszona. W końcu autor zaznajamia nas ze sposobami wyliczenia odsetka niezdolności do pracy ze składowych, jak bystrość wzroku, pole widzenia, oszpecenie itd.

Książkę zamyka tabela stanów chorobowych, dopuszczalnych lub niedopuszczalnych w służbie państwowej i skala wysokości utraty zdolności do pracy zarobkowej.

Doc. Dr Grzędzielski (Lwów).

Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten (Rozpoznawanie i leczenie chorób dziecięcych). IX wydanie. F. LUST. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1936. Str. 584. Cena RM 10 (bez oprawy).

W 1934 roku ukazało się ósme wydanie „Diagnostyki i Terapii chorób dziecięcych", a już w 2 lata później wychodzi nowo opracowane wydanie dziewiąte. Świadczy to zarówno o poczytności książki, jak i o godnej uznania ambicji autora, który chce, żeby jego podręcznik zawierał najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej.

Rozmiar książki pozostał w nowym wydaniu niemal bez zmiany: poprzednio 573 str. — obecnie 584 str. Pomimo tego ostatnie wydanie zawiera wiele nowych danych i spostrzeżeń opartych na ostatnich zdobyczach naukowych. Wszystkie rozdziały książki uległy starannemu przejrzeniu i poprawie. Zwłaszcza rozdział o leczeniu chorób dzieci autor uzupełnił przez dodanie wielu nowych środków leczniczych do obszernego już poprzednio lekospisu.

Nowsze dane z zakresu nauki o witaminach zostały uwzględnione w odpowiednim rozdziale.

Rozdziały o odżywianiu niemowląt, o zaburzeniach odżywiania, o chorobach serca i płuc, przewodu pokarmowego oraz o chorobach zakaźnych prawie nie uległy zmianie. Znajdują się w nich tylko drobne poprawki, dotyczące leczenia przy pomocy nowych środków farmaceutycznych.

Diagnostyka i terapia chorób dziecięcych profesora F. L u s t a jest książką godną polecenia dla użytku lekarza praktyka. Dzięki jasności układu, zwięzłości oraz znacznej sumie ważnych praktycznie wiadomości książka ta cieszyć się będzie zawsze uznaniem czytelników.

Dr H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Odczyn alarmowy wywołany folikuliną. SELYE, HARLOW, COLLIP, MOTREAL. Endokrinologie. T. 18. Z. 2/3. 1936.

Przez odczyn alarmowy rozumiemy zespół objawów, występujący skutkiem uszkodzenia stanu ogólnego zwierzęcia doświadczalnego przez czynniki takie, jak zimno, zabieg operacyjny, uszkodzenie rdzenia, trujące dawki pewnych leków itd.

Zespół objawów, ujęty nazwą odczynu alarmowego dzieli się na dwa okresy. W ostrym okresie 6—24 godzin po zadziałaniu czynnika uszkadzającego stwierdza się zanik grasicy, przesięki do jam surowiczych, spadek ciepłoty, napięcia mięśniowego oraz owrzodzenia w żołądku i jelitach. W drugim okresie przychodzi do zmian zwyrodnieniowych w korze nadnerczy, zahamowanie wzrostu i czynności płciowych, przerostu tarczycy i zahamowania wydzielania mleka w okresie laktacji.

Wydaje się więc, że kosztem hormonu wzrostowego, gonadotropowego i prolaktyny wytwarza się hormon tarczycozwrotny i adrenotropowy w nadmiarze.

Zespół objawów w pierwszym okresie odczynu przypomina objawy zatrucia histaminą, wstrząs anafilaktyczny i pooperacyjny. Podobieństwo to występuje też przy użyciu w doświadczeniu ciał uczulających lub obniżających pobudliwość na histaminę.

W pracy swej autorowie badali wpływ folikuliny na powstawanie odczynu alarmowego.

Z prac, na które się powołują wynika, że główny objaw zespołu alarmowego, jakim jest zanik grasicy występuje tylko przy utrzymanych nadnerczach. Sami zaś wstrzykiwali folikulinę, która u szczurów wywołuje odczyn alarmowy tylko przy wyciętych nadnerczach. Po folikulinie przy nadnerczach zachowanych odczynu alarmowego nie stwierdza się.

I. Pelczarska (Lwów).

Przyczynek do studium klinicznego o przeroście grasicy. VERNIEUVE. Rev. de Lar. Nr 4. 1936.

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych 20 przypadków autor podaje swoje uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia przerostu grasicy. Zdaniem autora — rozpoznawanie tego cierpienia jest łatwe, jeżeli się tylko o nim myśli. Duszność występująca u dziecka w pierwszych dniach lub tygodniach życia powinna skierować uwagę lekarza w odpowiednim kierunku. W rozpoznawaniu powiększenia grasicy duże usługi oddaje badanie promieniami Roentgena. Cień grasicy na ogół nie jest szerszy od cienia mostka i kręgosłupa. W przypadkach chorobowych cień grasicy powiększa się, przekracza granice mostka i zlewa się z cieniem serca. Cień grasicy jest jednolity, zbity, jego kontury są zawsze czyste, prostolinijne albo zgięte, ale w łuku o wielkim promieniu. Rozpoznanie rentgenologiczne jest utrudnione przez to, że inne narządy mogą dać podobny cień a mianowicie żyła główna górna, łuk tętnicy głównej, naczynia płucne. Dlatego nie powinno się robić zdjęcia podczas napadu duszności, ponieważ wtedy naczynia zwłaszcza żylne są rozszerzone. Obraz radiologiczny jest wyraźniejszy podczas wdechu, ponieważ wtedy powiększa się cień śródpiersia. Niestety wykonanie zdjęcia podczas wdechu natrafia u małego dziecka na wielkie trudności, ponieważ wdech trwa krócej niż wydech zwłaszcza, jeżeli dziecko płacze.

Leczenie przerostu grasicy promieniami Roentgena daje bardzo korzystne wyniki. *J. Spira* (Kraków).

Wpływ wegetatywnego systemu nerwowego na mikroflorę kiszkową. NEMENOW, KUPALON, PERETZ, MOSTOWA, NAUMENKO, BAKIN. Z. f. die ges. exp. Med. 99, 4—5. 1936.

U kotów przez otwartą jamę brzuszną pobierano treść jelitową do bakteriologicznego badania przed i w czasie drażnienia nerwu błędnego; w jednej serii drażnienia dokonywano prądem indukcyjnym saneczkowego aparatu, w drugiej serii za pomocą pilokarpiny: w pierwszej serii w składzie mikroflory nie dostrzeżono uchwytnych zmian; w drugiej serii (po zadziałaniu pilokarpiny) stwierdzono wybitną zmianę w składzie mikroflory; przed drażnieniem *b. coli* 85% i *b. paracoli* 15%: po drażnieniu — *b. coli* 30% i *b. paracoli* 70%. Co do mechanizmu działania sądzą autorzy, iż pod wpływem systemu wegetatywnego zmienia się stan śluzówki, wydzielającej ciała działające na mikroflorę.

K. Rymaszewski (Wilno).

Wpływ wapnia na trawienie tłuszczu. NAKAMURA. Z. f. die ges. exp. Med. 99, 4—5, 1936.

Dodawanie soli wapniowych do pożywienia powoduje tworzenie się wapniowych nierozpuszczalnych mydeł w treści jelitowej, wydalanych następnie z kałem. W czasie podawania soli wapniowych w kale wydatnie się zwiększa ilość wapniowych mydeł. *K. Rymaszewski* (Wilno).

Porównanie wpływu tyroksyny i ciała tarczycozwrotnego na częstość skurczów serca. RIHL, OESREICHER, REISS. Endokrinologie. T. 18. Z. 2/3. 1936.

Doświadczenia wykonywano na królikach, którym wstrzykiwano tyroksynę i hormon tarczycozwrotny przysadki. Praca obejmuje doświadczenia jednorazowe i przewlekłe. W doświadczeniu jednorazowym stwierdzano po wprowadzeniu ciała tarczycozwrotnego natychmiastowe przyspieszenie tętna, podczas gdy tyroksyna podana jednorazowo nawet po upływie 6 godzin nie powodowała przyspieszenia tętna. Tyroksyna podawana przewlekle zwiększała stale wybitnie liczbę skurczów serca, aż do chwili śmierci zwierzęcia, natomiast ciało tarczycozwrotne po chwilowym przyspieszeniu tętna daje w późniejszych okresach wybitne zwolnienie tętna. Zjawiska te spostrzegali autorowie przy pomocy elektrokardiografii. Analizy elektrokardiogramów otrzymywanych nie podają, wspominają jedynie, że w przypadkach podawania ciała tarczycozwrotnego występowała jako jeden z objawów niemiarowość zatokowa.

I. Pelczarska (Lwów).

W sprawie dwóch przypadków umiejscowionego, kostniejącego zapalenia mięśnia. C. J. URECHIA, M. BUMBACESKU. Ann. de méd. T. 39. Nr 5. 1936.

Autorzy przedstawiają dwa przypadki kostniejącego zapalenia mięśni, w których w odróżnieniu od choroby Munchmeyera *(myositis ossificans generalisata)* zmiany kostniejące są ograniczone wyłącznie do mięśni uda, podczas gdy mięśnie uda przeciwnego oraz wszystkie inne pozostają wolne.

W jednym z tych przypadków zmiany powyższe rozwinęły się na tle starego złamania główki kości udowej, w drugim bezpośrednio po urazie u osobnika z przebytym zapaleniem stawu kolanowego.

Badanie histologiczne wykazało złogi fosforanów wapniowych, które zdaniem autorów powstają w tkankach uprzednio schorzałych, gdzie zaczęła się już wytwarzać częściowa martwica, powodująca zwiększenie zasadowości tkanki do tej granicy, w której fosforany wapnia normalnie rozpuszczalne w płynach ustrojowych, strącają się. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie różnych schorzeń żołądka witaminą A (Vogan). R. BOLLER. Ztschr. f. Klin. Med. 130, 163, 1936.

Na podstawie 40 przypadków różnych schorzeń żołądkowych, leczonych witaminą A (preparat Vogan) dochodzi autor do wniosku, że po użyciu Voganu ustają dolegliwości żołądkowe, ustają biegunki, zwiększa się łaknienie i waga ciała. W przypadkach podkwaśności i z normalną kwasotą Vogan podany jednorazowo i przez dłuższy czas, zwiększa wydzielanie kwasu solnego. W 5 przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy ustąpiły dolegliwości, zwiększyła się wybitnie waga, wpływ na kwasotę był niejednolity. Witamina A działa w różnych kierunkach: pobudza wydzielanie kwasu solnego w żołądku, działa tucząco, osłabiając działanie tyroksyny i zwiększając zasób glikogenu w wątrobie, usuwa biegunki. *H. Długosz* (Lwów).

Enteritis breslaviensis (Z dziedziny zatruć pokarmowych). J. OFFENBERG. Medycyna. Nr 23. 1936.

Autor opisuje przypadek gwałtownie przebiegającej biegunki, zakończonej w 4 dniu śmiercią chorego. Schorzenie to zostało wywołane przez *bact. enteritidis Breslau*, pałeczkę wykrytą we Wrocławiu, a przenoszoną najczęściej drogą zakażonego mięsa, jaj, zwłaszcza kaczych i mleka. Okres wylęgania wynosi od 2—10 godzin, rzadziej do 36 godzin, przy czym objawy początkowe są całkiem niecharakterystyczne (bóle głowy, nudności). Właściwe schorzenie cechuje się częstymi (do 50) i gwałtownymi wypróżnieniami, czemu mogą towarzyszyć wymioty i dreszcze. Stolce początkowo zabarwienia brązowego lub zielonawego, z czasem stają się cuchnące i podobne do wody ryżowej. Powyższym objawom nie towarzyszą ani bóle brzucha, ani parcie. Autor opisuje szczegółowo inne objawy tego schorzenia, przebiegającego zresztą zupełnie podobnie do cholery. Przyczyną zejścia śmiertelnego jest bardzo znaczne odwodnienie ustroju, porażenie naczyń i wyczerpanie mięśnia sercowego. W obrazie sekcyjnym poza obrzękiem i wybroczynami błony śluzowej żołądka, dwunastnicy i jelita cienkiego, brak szczegółów charakterystycznych. Podkreślić jedynie należy oszczędzanie przez proces chorobowy układu chłonnego, brak zmian w grudkach chłonnych samotnych oraz gruczołach, w przeciwieństwie np. do duru prawdziwego, czy rzekomego. Poza tym stwierdza się uszkodzenia m. sercowego. Rokowanie, poza lekkimi postaciami, jest niemniej poważne, jak w prawdziwej cholerze. W końcu autor omawia leczenie i zapobieganie, które polega na wzorowym zorganizowaniu dozoru sanitarno-weterynaryjnego.

St. Malczyński (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

W sprawie zastosowania krwi łożyskowej do przetaczania. MALINOWSKIJ, SMIRNOWA, BOJARYSZNIKOWA, TARZANOWA. Akusz. Gin. 5, 495—500. 1936.

Z pępowiny można uzyskać 60—130 cm³ krwi łożyskowej do celów przetaczania. Autorzy przeprowadzili dokładne badanie tej krwi celem stwierdzenia przydatności tej krwi do przetaczania. Stwierdzono, że krew łożyskowa różni się od krwi dorosłego dawcy znacznie większą zawartością hemoglobiny (1½ razy) i krwinek czerwonych, większą ponad normę zawartością bilirubiny (0.6—0.8 mg), przy czym bezpośredniego odczynu na bilirubinę surowica krwi łożyskowej nie daje. Poziom cukru we krwi łożyskowej waha się w górnych granicach normy. Również zawartość potasu i wapnia wyraża się liczbami dość wysokimi. Rezerwa zasadowa wykazuje dolne granice normy. Ogól-

na ilość białka jest niższa od poziomu normalnego, przy czym obniżenie dotyczy globulin. Stosunek albumin do globulin wynosi 2:15.

Lepkość surowicy krwi łożyskowej jest niższa od normalnej, krzepliwość wzmożona. Krew płodu nie zawiera aglutynin, a surowica nie aglutynuje żadnych ciałek czerwonych, natomiast ciałka czerwone krwi płodowej aglutynują się surowicami innych grup.

Dzięki tym właściwościom krew łożyskowa jest zupełnie przydatna do przetaczania, oczywiście przy zachowaniu wszelkich zasad pobierania (odczyn Wassermanna, gruźlica, zimnica) i konserwacji. *M. Segal* (Lwów).

O mięsaku serca. H. RINDT i H. SCHWARZ. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1936.

Zestawiwszy szczegółowo piśmiennictwo tego przedmiotu, dochodzą autorowie do wniosku, że dotąd znanych jest mniej więcej tylko 60 przypadków pierwotnego mięsaka serca. Wśród tych przeważały mięsaki okrągło-komórkowe, opisywano też mięsaki wrzecionowato-komórkowe, wreszcie i takie, w których znajdowano także komórki mięsne prążkowane. Tylko w dwu przypadkach opisują rozrost naciekowy, w odróżnieniu od często opisywanych nowotworów ogniskowo ekspanzywnie rosnących.

Spostrzeżenie autorów dotyczy 33-letniej kobiety, u której znaleziono okrągło-komórkowego mięsaka, wychodzącego prawdopodobnie z koniuszka serca. W odróżnieniu od większości znanych mięsaków serca rósł on naciekowo i nigdzie nie sterczał do światła, a tylko ograniczał się do ściany serca. Mięsak ten rozrastał się na osierdziu, opłucnej, płucu i tworzył przerzuty. Jako punkt wyjścia nowotworu trzeba by wziąć pod uwagę prócz mięśnia sercowego tkankę łączną i mięśnie gładkie. Z obrazu histologicznego nie można w tym kierunku dać żadnej odpowiedzi. Niezupełnie wykluczona byłaby możliwość nowotworu pierwotnie wychodzącego z osierdzia.

Przy tej sposobności opisują autorowie przypadek lipoblastycznego mięsaka serca, znalezionego w praskim ogrodzie zoologicznym u hieny.

Pierwotne nowotwory serca są w ogóle rzadkie, a szczególnie rzadkie są nowotwory mięśnia sercowego. Powodem rzadkości nowotworów mięśnia sercowego wydaje się to, że wysokie zróżnicowanie mięśnia sercowego, w którym poza życiem płodowym nie ma odradzania, nie pozwala na powstawanie nowotworów. Opisane dotąd łagodne i złośliwe nowotwory mięśnia sercowego trzeba najczęściej wyprowadzić z tkanki łącznej podścieliskowej serca, rzadziej z tkanki tłuszczowej i mięśni gładkich. *S. Marzec* (Kraków).

Mięsak woreczka żółciowego. BÜTTER. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1936.

U 70-letniej kobiety, u której klinicznie rozpoznano raka woreczka żółciowego i wątroby oraz puchlinę brzuszną, stwierdzono przy sekcji pierwotnego, wrzecionowato-komórkowego mięsaka pęcherzyka żółciowego, obok kamieni żółciowych i przewlekłego zapalenia pęcherzyka, ponadto rozsiane ogniska tegoż mięsaka w otrzewnej i przerzuty w przeponie.

Zdaniem Landsteinera i Parlavecchio przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego, a szczególnie w przypadkach jego kamicy, mogą spowodować rozwój mięsaka podobnie, jak raka. Iwasaki na poparcie poglądu, że kamienie mają istotne znaczenie w powstawaniu mięsaków pęcherzyka żółciowego przytacza, że mięsaki pęcherzyka bezsprzecznie częściej znajdują się u kobiet, aniżeli u mężczyzn (stosunek 6:1), podobnie, jak kamienie żółciowe są znacznie częstsze u kobiet. Niewyjaśnione jest jednak, dlaczego przy kamicy nierzadkie są raki, a niezmiernie rzadkie mięsaki.

Co do sposobu wzrostu i szerzenia się mięsaka pęcherzyka żółciowego, rozróżnia Kalmark 6 stopni, od pierwotnego mięsaka począwszy poprzez wzrost w ścianie pęcherzyka, rozwój jego po zewnętrznej stronie pęcherzyka, guzki na wątrobie i wreszcie rozszerzenie się w wątrobie i w otoczeniu przewodów żółciowych. Ten rozwój odpowiadałby przebiegowi żył. Na podstawie swoich badań dochodzi Kalmark do wniosku, że pierwszych przerzutów mięsaka pęcherzyka powinno się szukać w *fossa vesicae felleae*. Jeżeli tutaj nie ma przerzutów, to jest rzeczą prawdopodobną, że do przerzutów jeszcze w ogóle nie doszło. Dotyczy to poniekąd i raka pęcherzyka żółciowego z tym jednak zastrzeżeniem, że wczesne rozprzestrzenianie się raka następuje na drodze limfatycznej.

Kliniczne objawy mięsaka pęcherzyka nie różnią się od objawów raka; jednakże mięsaki rosną szybciej.

T. Piękoś (Kraków).

O zakażeniu różycą świń u ludzi i jej leczeniu. J. KRUKOWSKI. Medycyna. Nr 23. 1936.

Schorzenie to, dzisiaj dość częste, jest zakażeniem przyrannym skóry, spowodowanym materiałem zakaźnym pochodzenia zwierzęcego i przeważnie mięsem świń chorych na różycę, którą wywołuje *bact. erysipelatis suis.* Mocz i kał chorych zwierząt oraz zwłoki padłych zwierząt są źródłem zarazy. Schorzenie to u ludzi daje w miejscu zakażenia (najczęściej palce) obrzęk i zaczerwienienie skóry o odcieniu ciemno-czerwono-niebieskim, wyraźnie odgraniczone i powolnie rozszerzające się dalej. Tym zmianom towarzyszy swędzenie, pieczenie i bardzo nieznaczny ból. Nigdy nie tworzą się ropnie, wysięki, brak również obrzęku gruczołów chłonnych i podwyżki ciepłoty. Okłady, pędzlowania jodyną, ichtiolem pozostają bez skutku. Autor gorąco poleca surowicę przeciw różycy świń, wyrabianą przez firmę Klawe. Po dawce 20 cm³ zastosowanej domięśniowo wyleczenie następuje już do 48 godzin. *St. Malczyński* (Lwów).

Włókniak macicy ulegający zwyrodnieniu złośliwemu i niedomoga miesiączkowania będąca w związku z obecnością włókniaka. P. ULRICH i A. HIRCHBERG. Soc. Fr. de Gyn. Z. 8. 1936.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że w ostatnich 5 latach wystąpiły krótkie i bardzo skąpe miesiączki, podczas gdy guz powiększył się w tym czasie pięciokrotnie. Powyższy objaw można tłumaczyć zmianami w jajnikach lub zarośnięciem światła macicy przez masy włókniako-mięsakowate.

H. Newlińska (Lwów).

Wpływ hormonów na gruczoły szyi macicy. I. CESA. Soc. Fr. de Gyn. Z. 7. 1936.

Badania na zwierzętach wykazały, że czynność wydzielnicza gruczołów szyi macicy wzmaga się pod wpływem ciałka żółtego. Duże dawki samej folikuliny mogą spowodować powstawanie tworów na części pochwowej o charakterze nabłonkowym, które znikają po podaniu ciałka żółtego. Dlatego też w celach leczniczych należy zawsze podawać oba hormony, gdyż wtedy dopiero działają one podobnie, jak prawidłowy jajnik.

H. Newlińska (Lwów).

Rak szyi macicy. Znaczenie zewnętrznych urazów chirurgicznych w etiologii raka. P. ULRICH. Soc. Fr. de Gyn. Z. 7. 1936.

Trzy przypadki raka szyi macicy — u osób które jeszcze nie rodziły i które przed paru laty przeszły drobne zabiegi na części pochwowej macicy lub skrobankę — nasunęły autorowi myśl, czy nie istnieje pewien związek pomiędzy tymi zabiegami a rakiem. Autor tłumaczy to w ten sposób, że podczas ustalania części pochwowej kleszczykami Museux lub jakimś innym ostrym narzędziem komórki nabłonkowe mogą być zawleczone w głąb tkanek i w przyszłości mogą być punktem wyjścia dla bujania złośliwego. *H. Newlińska* (Lwów).

Teoria i praktyczne zastosowanie znieczulenia. NOSWORTHY M. A. Hutchinson Scientific Publications. London 1935. 223 SS.

Autor obszernie omawia różne metody narkozy i znieczulenia. Co się tyczy znieczulenia lędźwiowego, to autor zaleca dla dłużej trwających operacyj miednicowych kombinację metody Jones'a i Quarelli w sposób następujący:

10 cm³ roztworu Perkainy Jones'a wstrzykuje się między L_3 i L_4, bezpośrednio potem 0,8 cm³ roztworu Quarelli. Jeśli chory leży płasko na brzuchu to 0,5% roztwór Perkainy powoduje znieczulenie krzyżowej części rdzenia kręgowego, podczas gdy roztwór 1:1500 Perkainy w ten sam sposób powoduje znieczulenie grzbietowej części rdzenia.

Ta technika daje lepsze rezultaty, niż wstrzyknięcie większej ilości roztworu Jones'a. *F. Mikulska* (Warszawa).

Otolaryngologia.

Wstrzykiwania alkoholowe w okolicy otworu owalnego. M. J. DAUBIN. Rev. de Lar. Nr 5. 1936.

Alkoholizację gałęzi nerwu trójdzielnego należy uważać za bardzo skuteczny środek leczniczy w przypadkach samorodnego nerwobólu twarzowego. W przypadkach starszych, opornych, koniecznym jest, aby alkoholizacja objęła cały nerw trójdzielny. Najłatwiejszym sposobem do osiągnięcia tego jest wstrzyknięcie alkoholu do otworu owalnego. Istnieją różne sposoby zastrzyków a mianowicie od zewnątrz albo do wewnątrz czyli doustnie. Autor — opierając się na własnych badaniach anatomicznych okolicy otworu owalnego — poleca następującą technikę: wbija się igłę w przedsionku jamy ustnej na zewnątrz od wy-

rostka zębodołowego obok ostatniego zęba trzonowego. Pochylenie igły w stosunku do wyrostka zębodołowego ma wynosić 45°. Igłę wbija się wzdłuż ściany zewnętrznej skrzydła zewnętrznego wyrostka skrzydłowatego aż do głębokości 45 mm.

Powyższy sposób nigdy autora nie zawiódł. Pozwala on na alkoholizację już to całego nerwu, już to tylko gałęzi szczęki dolnej. Wyniki osiągnięte są bardzo dobre. Niemiłe wypadki są zwykle rzadkie i przejściowe (szum, głuchota, porażenie żwaczy, porażenie nerwu okoruchowego). *J. Spira* (Kraków).

O schorzeniach podstawy języka. A. LASKIEWICZ. Rev. de Laryng. Nr 4. 1936.

Powyższa praca opiera się na spostrzeżeniach, poczynionych na Klinice Otolaryngologicznej w Poznaniu w ostatnich 10 latach. Autor omawia w niej schorzenia podstawy języka i ich powikłania. Są to cierpienia rzadkie i na ogół w podręcznikach mało uwzględniane. Tym cenniejsze są uwagi autora zwłaszcza, że zawierają wiele interesujących a mało znanych szczegółów.

Po krótkim wstępie, w którym są uwzględnione stosunki anatomiczne języka autor przechodzi do najczęstszego cierpienia tej okolicy tj. do przerostu migdałka językowego. Schorzenie to powoduje różne przykre zaburzenia, jak uczucie ucisku i zatykania w gardle, niejednokrotnie uczucie ciała obcego i napady kaszlu. Dolegliwości te często są uważane za objawy histerii i fałszywie leczone. Etiologicznie wchodzą w rachubę katary gardła, stany zapalne migdałków i błony śluzowej jamy ustnej, stałe podrażnianie przez pokarmy za gorące lub za ostre, poza tym inne mało znane czynniki a więc kwaśny nieżyt żołądka, skaza wysiękowa, stan grasicowo-limfatyczny, białaczka itd.

Stany zapalne migdałka językowego występują pod różnymi postaciami: 1) *Amygdalitis follicularis acuta,* 2) *Periamygdalitis phlegmonosa,* 3) *Glossitis acuta radicis et corporis linguae;* do tej ostatniej postaci niejednokrotnie dołącza się ropowica podszczękowa.

Co do leczenia — to prócz okładów na szyi poleca autor szczególnie zastrzyki propidonu. Jeżeli objawy miejscowe (chełbotanie) i obraz krwi (leukocytoza, przesunięcie obrazu krwi na lewo) nie nasuwają wątpliwości co do obecności ropnia, to należy go bez zwlekania w linii środkowej naciąć.

Osobny rozdział poświęca autor grzybicy, umiejscowionej na podstawie języka. Może ona występować pod różnymi postaciami, z których najczęstszą jest pleśniawka. Omawiając tzw. grzybicę włoskowcową (*Mycosis leptotricia pharyngis, hyperkeratosis pharyngis)* autor zwraca uwagę na fakt, że teorie o pochodzeniu włoskowcowym tego cierpienia straciły dziś rację bytu. Natomiast niewątpliwie dużą rolę odgrywa tu prątek otoczkowy z grupy Friedländera.

W następnych rozdziałach autor omawia gruźlicę, kiłę i nowotwory umiejscowione na podstawie języka. Każde z tych cierpień zostaje wyczerpująco omówione a bogata kazuistyka ilustruje plastyczne wywody autora. *J. Spira* (Kraków).

Zwężenia przełyku. J. DESPOUS. Rev. de Lar. Nr 6. 1936.

Po dokładnym omówieniu etiologii, anatomii patologicznej, symptomatologii i diagnozy różnych zwężeń przełyku autor opisuje technikę leczenia zwężeń bliznowatych, stosowaną na klinice otolaryngologicznej w Bordeaux. Do przełyku wprowadza się rurę ezofagoskopową i doprowadza ją aż do miejsca zwężenia, które zostało poprzednio rentgenologicznie dokładnie oznaczone. W miejscu tym odszukuje się światło, co przedstawia niejednokrotnie duże trudności. Pod kontrolą Roentgena przeprowadza się przez miejsce zwężone półsztywny cewnik; w przypadkach szczególnie trudnych stosuje się kateteryzację wielocewnikową. Koniec cewnika zostaje w żołądku chwycony i wyciągnięty na zewnątrz przez otwór gastrostomijny. Na końcu doustnym cewnika zostaje umocowana nitka jedwabna Nr 6. Rozszerzanie zwężenia odbywa się przy pomocy oliwek metalowych odpowiednio kalibrowanych i umocowanych na nitce jedwabnej. *J. Spira* (Kraków).

O rozpoznawaniu ropni mózgu pochodzenia ustnego, rozszerzających się w kierunku bocznej komory. A. LASKIEWICZ. Otolaryngologie Internationale. Lyon. Nr 9. 1936.

Na podstawie spostrzeżeń Kliniki Otolaryngologicznej w Poznaniu autor dochodzi do wniosku, że radiografia kontrastowa, stosowana przy ropniach mózgowych ma pierwszorzędne znaczenie. Zwłaszcza w przypadkach, w których badanie wnętrza ropnia jest utrudnione, powyższy sposób pozwala na wykrycie zaułków, które mają skłonność do rozszerzania się w kierunku bocznej komory — a tym samym oddaje dużą pomoc przy rozpoznaniu i leczeniu tych przypadków. Przy wprowadzaniu małej ilości płynu kontrastowego (2—3 g jodipiny) nie zachodzi obawa jakiegoś ujemnego działania na rozszerzanie się procesu ropnego, przeciwnie płyn ten zdaje się zmniejszać żywotność bakteryj. *J. Spira* (Kraków).

Higiena i medycyna społeczna.

Zmiany powysiłkowe w elektrokardiogramie w zależności od stopnia wytrenowania. R. TRZASKOWSKI. Przegląd Fizjologii Ruchu. Nr 3. 1935.

Stosując przenośny elektrokardiograf firmy „Victor" X-Ray Corporation w Chicago uzyskał autor cały szereg elektrokardiogramów klinicznie zdrowych i sprawnych kobiet i mężczyzn w wieku od 18—25 lat bezpośrednio po wysiłkach sportowych krótkotrwałych (dla kobiet bieg na przestrzeni 60 m, dla mężczyzn na przestrzeni 100 m) i długotrwałych (bieg na 500 m dla kobiet i 1000 m dla mężczyzn). Po zanalizowaniu uzyskanych krzywych elektrokardiograficznych wypowiada autor cały szereg wniosków dotyczących tychże krzywych a dowodnie wykazujących różnice w ich szczegółach u osobników wytrenowanych („olimpijczycy", m. i. Walasiewiczówna i Wajsówna, oraz absolwenci Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego) i niewytrenowanych (kandydaci i kandydatki na słuchaczy Instytutu). *Z. Bieliński* (Lwów).

Człowiek a narkotyk. S. CZERWIŃSKI. Trzeźwość. Nr 1. 1936.

W pięknie i przystępnie napisanym artykule prokurator Sądu Najwyższego Stanisław Czerwiński przedstawia zgubny wpływ używania morfiny, kokainy a przede wszystkim alkoholu na ustrój ludzki. Jako prawnika interesuje autora szczególnie zagadnienie przestępczości związanej z alkoholizmem. W walce z alkoholizmem prohibicja — obecnie przynajmniej — nie osiąga swojego celu, ponieważ właśnie, jak to wykazał przykład Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Finlandii, ogólna przestępczość w okresie prohibicyjnym nie tylko w tych krajach nie zmniejszyła się, lecz owszem wzrosła. Za jedyne środki zwalczania alkoholizmu uważa Czerwiński odpowiednie antyalkoholowe wychowywanie młodzieży przez rodziców i szkołę i odpowiednio, umiejętnie przeprowadzoną propagandę. Odpowiednia organizacja walki z alkoholizmem stanowi potrzebę palącą. *Z. Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademia Umiejętności. IV Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1936 roku.
Przewodniczący: Dyr. H. Hoyer.

Czł. K. Lewkowicz przedstawia pracę T. Gizy pt.: *Znaczenie chlorowego wskaźnika krwinkowo-osoczowego jako wyrazu zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej u dzieci.*

Na przeszło 100 przykładach, pochodzących z 49 przypadków, udowadnia autor znaczenie chlorowego wskaźnika krwinkowo-osoczowego (Cl_{krw}/Cl_{os}) w badaniu równowagi kwasowo-zasadowej u dzieci. Wyjaśniwszy, że równoczesna znajomość stężenia jonów wodorowych (CH) i rezerwy alkalicznej (Ra) nie wystarcza do rozpoznania wyrównanych kwasic i alkaloz, udowadnia autor, że natomiast chlorowy wskaźnik krwinkowo-osoczowy wespół z rezerwą alkaliczną określa te stany całkowicie. Dla kontroli bada autor równolegle z krwią zbierane dobowo mocze, w kierunku kwaśności i zawartości amoniaku, z wartości współczynników amoniakalnych i całkowitej kwaśności próbując wnosić o stopniu zakwaszenia czy alkalizacji ustroju. W rezultacie dochodzi autor do następujących wniosków: 1) najwyższe stopnie zakwaszenia spotyka się w przeostrych niestrawnościach z objawami toksykozy u niemowląt; 2) w ostrych niestrawnościach stwierdza się kwasice miernego stopnia; 3) wyrównane kwasice są następstwem różnych spraw zapalnych, usadowionych w rozmaitych narządach; 4) równolegle z zaostrzeniem spraw chorobowych spostrzega się wzrost zakwaszenia, podobnie jak w parze ze zdrowieniem postępuje odkwaszenie; 5) zakwaszający czy alkalizujący wpływ rozmaitych diet i środków leczniczych znajduje wyraz we wskaźniku krwinkowo-osoczowym.

Badanie chlorków krwi dowiodło, że wbrew panującej opinii toksykoza pokarmowa i niszczenie pokarmowe niekoniecznie przebiegają z odchlorzeniem, że owszem często spotyka się w tych stanach zwiększone wartości chloru.

Leczenie toksycznych kwasic niemowląt poprzedzić musi badanie obu wspomnianych wskaźników (Cl_{krw}/Cl_{os} i RA), tylko bowiem ich znajomość pozwala racjonalnie stosować alkalizację czy dochlorzenie, czy jedno i drugie. Autor wypróbował szereg alkalizatorów i niektóre z nich może polecić.

Ocena gospodarki solno-wodnej na podstawie wskaźnika sodowo-chlorowego Na/Cl moczu nie może mieć u dzieci, zwłaszcza małych, tego znaczenia, co u dorosłych, ze względu na to, że większość spraw chorobowych małych dzieci przebiega z biegunkami i wymiotami.

Czł. W. Orłowski i A. Beck przedstawiają pracę F. Krajewskiego pt.: *Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Doniesienie III. Wpływ diety Karella i bezpurynowej.*

Dieta Karella. Dieta Karella, składająca się wyłącznie z mleka, miała być stosowana przede wszystkim w chorobach serca oraz nerek, rzadziej — w chorobach czynnościowych przewodu pokarmowego. W chorobach serca (W. Orłowski) przepis polega na tym, że rozpoczyna się leczenie od podawania 6 razy dziennie po pół szklanki mleka; codzień dodaje się po pół szklanki i w ten sposób dochodzi do 10—12 szklanek dziennie, wypijanych przez chorego w 6—10 porcjach.

Chociaż obecnie w chorobach przewodu pokarmowego prawie nie stosuje się diety mlecznej Karella, to jednak często zaleca się dietę, zawierającą dość dużo mleka (Kalk, Sippy i in.). Ta okoliczność była pobudką dla zbadania wpływu diety Karella na wydzielanie żołądkowe.

Autor przeprowadził doświadczenia na 2 psach z wyodrębnionym małym żołądkiem metodą Heidenhain-Pawłowa. Najpierw zbadał wydzielanie żołądkowe po wlaniu do dużego żołądka a) 250 cm^3 soku ze świeżej kapusty, b) 100 cm^3 soku z czerwonych buraków oraz c) po wypiciu 250 cm^3 mleka. Następnie podawał psom 6 razy dziennie co 2 godziny po 250 cm^3 mleka przez dwa tygodnie — $1^1/_2$ litra mleka stanowi średnią dzienną ilość mleka z całej diety Karella. Po upływie 6 i 12 dni diety zbadał autor wydzielanie po wypiciu na czczo 250 cm^3 mleka, a nazajutrz po tym doświadczeniu — wydzielanie żołądkowe po odpowiednim soku jarzynowym, wlanym na czczo do dużego żołądka. Ogółem autor wykonał na obu psach 20 doświadczeń.

W czasie stosowania diety Karella stwierdził autor obniżenie się wagi psów i zmniejszenie się łaknienia tak, że pod koniec stosowania diety psy z trudnością wypijały w ciągu doby całą porcję mleka. W tym samym czasie powstał sokotok z małego żołądka o bardzo silnym działaniu proteolitycznym na skórę i tkanki, otaczające przetokę małego żołądka.

Przyczyną utraty łaknienia była prawdopodobnie dłuższy czas trwająca jednostajność diety bez bodźca psychicznego. Nadto mógł tu wchodzić w grę jeszcze czynnik dodatkowy, zależny od połykania przez psa soku wydzielającego się z małego żołądka. Po pewnym bowiem czasie autor zauważył na pysku wyraźne ślady trawiącego działania soku żołądkowego w postaci wypadania włosów, zaczerwienienia skóry i jej bolesności przy obmacywaniu. Wobec tego autor sądzi, że psy instynktownie broniły się przed spożywaniem mleka, które wywoływało u nich obfite wydzielanie soku z małego żołądka, gdyż zlizywanie soku sprawiało bóle w pysku.

Powstanie sokotoku zależy prawdopodobnie od kilku czynników. Ponieważ pies otrzymywał następną porcję mleka po upływie 2 godzin, a więc w czasie, kiedy jeszcze nie ustało wydzielanie po pożywieniu poprzednim, przeto następowało nakładanie się wydzielania żołądkowego wskutek spożywania nowej porcji mleka w okresie pracy wydzielniczej błony śluzowej żołądka, wywołanej poprzednim pożywieniem. Również pewną rolę mogło odgrywać podrażnienie i przekrwienie błony śluzowej całego przewodu pokarmowego, a więc i żołądka, wywołane mlekiem, jako środkiem nieco rozwalniającym (W. Orłowski), wreszcie składniki sokopędne mleka, jak kazeina.

Trawienie skóry psa w okolicy przetoki małego żołądka powstało wskutek wielkiej kwaśności soku żołądkowego i dużej zawartości w nim pepsyny.

A więc podawanie mleka, jako pożywienia wyłącznego na czas dłuższy, należy uznać za szkodliwe szczególnie przy wrzodzie żołądka, gdyż pepsyna w środowisku kwaśnym utrudnia gojenie się owrzodzeń. Jeżeli jednak podajemy chorym mleko, powinniśmy zwrócić im uwagę, by je wypijali nie częściej, niż co 4 godziny. Leczenie mleczne stanowi dietę głodową, ponieważ mleko wypijane nawet w ilości do 12 szklanek dziennie, dostarcza ustrojowi zaledwie 1440 kaloryj.

Dieta bezpurynowa. Dieta bezpurynowa ma częste zastosowanie przez dłuższy okres czasu u chorych z wadliwą przemianą purynową. Do zbadania jej wpływu na wydzielanie żołądkowe autor wybrał dietę bezpurynową bez mleka według wzorów podanych przez W. Orłowskiego. Przed przystąpieniem do diety bezpurynowej zbadał autor wydzielanie żołądkowe u psa z wyodrębnionym małym żołądkiem metodą Heidenhain-Pawłowa po wlaniu do dużego żołądka 250 cm^3 soku ze świeżej kapusty.

Autor podawał psu dietę bezpurynową według przepisu W. Orłowskiego przez 20 dni. W tym czasie zbadał 5 razy wydzielanie żołądkowe po soku z kapusty, wlanym na czczo do dużego żołądka. Po 20 dniach diety bezpurynowej podawał ją nadal przez 10 dni z dodatkiem 200 g mózgu dziennie, jako pożywienia bogatego w nukleiny i kontrolował wydzielanie żołądkowe po soku z kapusty po 3 i 10 dniach stosowania tej diety. Wreszcie w okresie trzecim podawał psu pożywienie takie, jak przed dietą, kontrolując wydzielanie żołądkowe po soku z kapusty po 4 i 10 dniach.

Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w czasie stosowania diety bezpurynowej oraz bezpurynowej z dodatkiem 200 g mózgu, stwierdził autor wzrost wagi psa o 10% oraz zmniejszenie się przetoki małego żołądka, tak, iż jej otwór pod koniec stosowania diety ledwo przepuszczał rurkę gumową o średnicy 4 mm, gdy przed stosowaniem diety bezpurynowej przepuszczał rurkę gumową o średnicy 1 cm. Zmianę tę należy uważać za zależną od znacznego zmniejszenia się ilości soku oraz obniżenia się jego kwaśności po diecie bezpurynowej. Dopiero po dodaniu do diety bezpurynowej mózgu wydzielanie zaczęło się zwiększać i przewyższyło ogólną ilością soku oraz stopniem jego kwaśności ogólnej znacznie ilość oraz kwaśność soku, zebranego w doświadczeniach z sokiem z kapusty, przeprowadzonych w czasie stosowania diety bezpurynowej. Wydzielanie było jednak nadal na poziomie niższym, niż w doświadczeniach wykonanych przed dietą. Dopiero po podaniu psu przez 10 dni pożywienia mieszanego przedłużył się znacznie czas wydzielania soku, jego ilość i kwaśność wzrosły, przewyższając ilość i kwaśność soku, zebranego po soku z kapusty przed zastosowaniem diety bezpurynowej.

Zmniejszenie się wydzielania żołądkowego pod wpływem diety bezpurynowej, przy zachowaniu u psa prawidłowego łaknienia, należy uważać za zależne od tego, że potrawy wchodzące w skład diety bezpurynowej zawierają mało ciał sokopędnych. Więcej tych składników zawiera mózg, toteż dodanie jego zwiększyło wydzielanie żołądkowe oraz stopień kwaśności soku. Prócz działania miejscowego diety bezpurynowej na błonę śluzową żołądka w ustroju psa powstaja pod wpływem tej diety także inne zmiany, hamujące wydzielanie żołądkowe. Dowodzi tego fakt, że po ukończeniu diety bezpurynowej wydzielanie żołądkowe po wlaniu do dużego żołądka soku z kapusty było mniejsze, niż po tym samym bodźcu przed dietą.

U ludzi przy stosowaniu diety bezpurynowej dłuższy czas niż w doświadczeniach autora należy przypuszczać, że wydzielanie żołądkowe może się zmniejszyć jeszcze bardziej, gdyż do bodźca mało sokopędnego, jakim jest dieta bezpurynowa, dołączy się nadto ze względu na jednostajność diety zmniejszenie się łaknienia.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. A. Beck i S. Ciechanowski przedstawiają pracę A. Pruszczyńskiego i Z. Zakrzewskiego pt.: *Badania warunków działania czynników litycznych, zawartych w surowicy normalnej, na izolowane komórki nowotworowe.*

Z zasadniczych badań Freunda i Kaminerówny, potwierdzonych w następnych latach przez szereg badaczy wynika, że komórki izolowane z nowotworów zarówno samorodnych, jak i przeszczepialnych ulegają rozpuszczeniu w surowicy zdrowych osób, a nie rozpuszczają się w surowicy osób chorych na nowotwór złośliwy.

Logicznym następstwem tego faktu było: 1) opracowanie przez Freunda i Kaminerównę metody rozpoznawczej, pozwalającej rozpoznawać nowotwory na podstawie badań zmian zdolności litycznej surowicy podejrzanych osób; 2) pojawienie się przypuszczeń, że własności rozpuszczające (lityczne) surowic, czy też brak ich, pozostają w ścisłym przyczynowym związku z patogenezą nowotworów. Założenia lecznicze skłoniły Freunda oraz licznych jego zwolenników do przypuszczeń, że przywrócenie prawidłowych własności litycznych sokom ustrojowym osób chorych na nowotwory lub też wprowadzenie do tych ustrojów czynnika litycznego wyosobnionego z surowicy osób zdrowych może stać się punktem wyjścia nowej metody przyczynowego leczenia nowotworów. Nic dziwnego, że badania te wywołały żywe zainteresowanie, zwłaszcza po najnowszych dociekaniach Kleina w tej dziedzinie. Ażeby można było mieć uzasadnioną nadzieję zużytkowania tych odkryć do leczenia nowotworów i ażeby teoretyczne założenia Freunda co do powstawania nowo-

tworów mogły zyskać doświadczalne podstawy, należało wpierw przekonać się, czy lizyny surowicy osób zdrowych działają również na żywe komórki nowotworowe, a dalej, czy działają na nie również i w fizjologicznych warunkach, a zatem w osoczu, a nie tylko w surowicy.

Ze względu na to, że w dotychczasowych badaniach posługiwano się stale zawiesiną komórek martwych lub też silnie uszkodzonych, że stale badano tylko własności surowic, a nie osoczy, wreszcie ze względu na to, że liczne spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne *in vivo* i *in vitro* nasuwają poważne wątpliwości co do istotnego znaczenia litycznych czynników dla spraw nowotworowych, postanowili autorowie zbadać wpływ surowic i osoczy osób zdrowych i chorych na nowotwory na żywe i nieuszkodzone komórki nowotworowe.

W doświadczeniach swych posługiwali się autorowie komórkami szczurzego mięsaka Jensena, izolowanymi na drodze biologicznej z hodowli tkankowych tego nowotworu. Wyniki badań, oparte na 370 doświadczeniach, były następujące:

1. Żywe i nieuszkodzone (zdrowe) komórki nowotworowe zachowują nadal swoją żywotność zarówno w surowicy, jak i w osoczu zdrowych osób.

2. Komórki nie uszkodzone, ale zabite dodaniem środka przeciwgnilnego do środowiska, zachowują się podobnie w osoczu i w surowicy zdrowych osób lub chorych na nowotwór, to znaczy nie ulegają rozpuszczeniu.

3. Uszkodzone i martwe komórki nowotworowe ulegają rozpuszczeniu w surowicy osób zdrowych, nie rozpuszczają się natomiast w surowicy chorych na nowotwór.

4. Osocze osób zdrowych, jak również i chorych na nowotwory nie rozpuszcza uszkodzonych, martwych komórek nowotworowych.

Z powyższego wynika, że czynniki lityczne znajdują się wyłącznie w surowicy i że działają one jedynie na bardzo uszkodzone komórki nowotworowe, zatem nie można się spodziewać, aby zjawisko rozpuszczania komórek zachodziło w ustroju, w którym przecież mamy do czynienia z osoczem i żywymi komórkami.

Dlatego też autorowie sądzą, że brak jest podstaw realnych zarówno do tłumaczenia patogenezy nowotworów zmianami zawartości czynników litycznych w sokach ustroju, jak również do wszelkich usiłowań zużytkowania tych czynników do leczenia nowotworów.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 20 listopada 1935 roku.

Przed zebraniem Prezes Dr Kotarski uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa ś. p. Dr Józefa Szpiganowicza.

1. Kol. Starzyński *przedstawił chłopca 4-letniego z chorobą Werlhofa oraz 60-letniego mężczyznę z nowotworem gruczołu tarczykowego z przerzutami do płuc.*

2. Kol. Ficenes *pokazał przypadek urazowego pęknięcia sklepienia pochwy.*

3. Kol. L. Wierzbicki *przedstawił preparat torbieli olbrzymiej.*

4. Kol. Bentkowski *referował przypadek duru brzusznego, w przebiegu którego wystąpiło poronienie z zakażeniem ogólnym gronkowcem.*

Chora (M. S.) przysłana była na oddział położniczy z poronieniem zakażonym. Przy szczegółowym badaniu niektóre objawy przemawiały za durem brzusznym. Krew wysłana na posiew (bakt.) do Prof. Gieszczykiewicza, dała w wyniku hodowlę *staphylococcus pyogenes aureus i bact. typhi Ebert.* Wysłana krew w 3 tygodnie później dała odczyn Widala (1/1600) wybitnie dodatni. Przebieg ciepłoty był taki, jak przy durze brzusznym. Chora wyzdrowiała i po miesiącu opuściła szpital. Referent podkreśla to dobre zejście sprawy chorobowej, niewątpliwie bardzo ciężkiej i rzadkiej oraz przypuszcza, że najpierw wystąpił dur brzuszny, w czasie którego nastąpiło poronienie zakażone prawdopodobnie w domu przez tamponowanie.

5. Kol. M. Trawiński *przedstawia: a) chorego robotnika, lat 23, który od szeregu miesięcy odczuwał pewne nieokreślone dolegliwości w stawie kolanowym prawym oraz utrudnienie w chodzeniu.* Badanie bezpośrednie i rentgenologiczne stwierdziło ciała wolne w stawie. Usunął je operacyjnie w liczbie 4. Były to ciała chrzęstne z jądrami kostnymi rozmaitej wielkości, największe wielkości orzecha włoskiego;

b) *pokazuje 2 młodych mężczyzn, u których dokonał torakoplastyki górnej sposobem Roux-Picot.* W obu przypadkach usunął po 7 żeber górnych, poczynając od pierwszego. Podnosi zalety tego sposobu, pozwalającego na dokonanie rozległego wycięcia żeber, z niewielkiego względnie cięcia; operacja przy tym przebiega prawie bezkrwawo i nie daje żadnych zniekształceń barku.

6. Kol. Bieńkowski *pokazuje przypadek przerwania cewki, operowany z wynikiem dobrym.* Nawiązując do tego przypadku omawia dwa inne podobne, również operowane na oddziale chirurgicznym przed paru laty. Chorzy ci niedawno kontrolowani, czują się dobrze i oddają mocz zupełnie prawidłowo. Postępowanie oddziału chirurgicznego we wszystkich tego rodzaju przypadkach, które traktuje się jako przypadki nagłe, wysuwa na pierwszy plan wkroczenie natychmiastowe. Ideą przewodnią jest zabieg doszczętny miejscowy bez otwierania pęcherza (wbrew wzorom klasycznym szkoły francuskiej). Operacja polega na tym, aby z cięcia na kroczu, zazwyczaj w miejscu krwiaka, odnaleźć oba końce przerwanej cewki, zbliżyć je i zeszyć na cewniku. Cewnik pozostawia się na stałe. Wyjątkowo w razie nie dających się pokonać trudności technicznych, stosujemy założenie przetoki nadłonowej, by zapewnić odpływ moczu czasowo, a miejscowo wówczas postępujemy zależnie od okoliczności. Zdarzyło się to w jednym z 3 omawianych przypadków, a to wobec niemożliwości odnalezienia końców przerwanej cewki. Zasadniczo unikamy za wszelką cenę zakładania przetoki nadłonowej ze względu na wszystkie następstwa uciążliwe dla chorego i otoczenia (wyciekanie moczu na skórę brzucha, odrażająca woń itd.). Dzięki zabiegowi doszczętnemu miejscowemu bez otwierania pęcherza skraca się bardzo znacznie okres leczenia, który trwa tygodnie, zamiast długich miesięcy, jak to bywa w przypadkach pozostawienia przetoki nadłonowej. Przy swoich zaletach postępowanie to daje na ogół wyniki dobre, o czym świadczą omawiane przypadki. Nieodzownym jest śledzenie dalszych losów zeszytej cewki w ciągu dłuższego czasu, gdyż świadomi jesteśmy, że mogą nastąpić wtórne zwężenia.

7. Kol. Ingster *omawia rwę kulszową* (referat).

Na wstępie mówi o trudnościach rozpoznawczych, zwracając uwagę na częste mieszanie rwy kulszowej ze schorzeniami w obrębie stawów i mięśni w okolicy miednicy i kręgów krzyżowych lub lędźwiowych. Bóle wychodzące z nerwu kulszowego mają pewne charakterystyczne cechy. Bóle neuralgiczne występują napadowo.

W odróżnieniu od innych bólów, np. rwy w obrębie nerwu trójdzielnego *(neuralgia trigemini)*, przy rwie kulszowej mamy również bóle w okresach wolnych od napadów, lecz o wiele mniej nasilone. Nadto często spotykamy się z zapaleniem nerwu, w którym bóle przebiegają podobnie jak w neuralgiach, w innych mamy bóle bardziej jednostajnie nasilone. Bóle kulszowe zarówno przy zapaleniu nerwu, jak i przy neuralgii promieniują od miednicy ku dołowi wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego, zwykle wzdłuż tylnej części kończyny dolnej ku pięcie lub łydce, przy czym przy ucisku na nerw występuje bolesność. Przy bólach mięśniowych ból jest bardziej umiejscowiony w okolicy pośladków, ma charakter bardziej piekący i mamy tu zwykle pewne bolesne punkty (Valleixa). Lecz na tych punktach zwykle, pod względem rozpoznawczym, opierać się nie możemy, gdyż i przy neuralgiach i przy zapaleniu nerwu mamy również często do czynienia z takimi punktami, najprawdopodobniej powstającymi drogą odruchową nawet w takich mięśniach, które nie są unerwione przez nerw kulszowy, lecz przez sąsiadujące z nim nerwy. Co się tyczy różniczkowania między czystą rwą (neuralgia) a zapaleniem nerwu, mamy w praktyce ogromne trudności w odróżnieniu tych postaci klinicznych jednostek chorobowych, gdyż często łączą się one ze sobą. Zdarza się np. często, że zapalenie nerwu rozpoczyna się jako neuralgia. Na ogół poznajemy jednak dość dobrze zapalenie nerwu dalej posunięte, po znanych klasycznych objawach, z których na pierwszym miejscu pod względem częstości stoi objaw Laséguа (w 89%), na drugim objaw bolesności uciskowej wzdłuż nerwu (w 80%), na trzecim zaburzenia czuciowe (65%), dalej zniesienie odruchu Achillesa (w 60%), objaw Deutscha i Fajersteina, objaw Neri i inne. Zaznaczyć należy, że tak ważny objaw, jak objaw Laségua występować może przy zapaleniach w obrębie stawu biodrowo-krzyżowego lub nawet lędźwiowo-krzyżowego, a nawet przy zapaleniu stawu biodrowego. Przy tym ostatnim bóle promieniują bardziej ku przodowi i dadzą się wywołać przy biernych ruchach w tym stawie. Na bardzo wartościowy objaw zwrócił uwagę Schlesinger, mianowicie, jeżeli przy odwiedzionej stopie naciśniemy na okolicę poniżej więzadła Pouparta, tj. na okolicę główki kości udowej, występuje dotkliwy ból. Leczenie rwy kulszowej lub zapalenia nerwu zależy naturalnie przede wszystkim od etiologii cierpienia. Ale dla wszystkich rodzajów ischialgii (bardzo trafnie proponowane przez nie-

których klinicystów pojęcie kliniczne, mające oddawać bez względu na etiologię i umiejscowienie określenie bólów kulszowych) pierwszym postulatem w leczeniu powinno być zalecenie łóżka. Ponieważ duży procent ischialgii jest wynikiem najróżnorodniejszych stanów alergicznych, do których zaliczyć można również i artretyczne stany, dobrze jest leżenie w łóżku, które powinno trwać z reguły kilka dni, połączyć ze stosowaniem środków czyszczących, jak spore dawki soli karlsbadzkiej lub morszyńskiej z jednoczesnym stosowaniem diety bezbiałkowej i o ile możności bezsolnej. A więc: kaszki wszelkiego rodzaju, owoce surowe i gotowane, jarzyny i leguminy, kleiki i pieczywo. W tym pierwszym okresie można już przystąpić do stosowania sposobem Kowartschika galwanizacji szeroką elektrodą okolicy krzyża i tylnej części kończyny chorej. Galwanizacja umiejętnie stosowana należy przy ischialgiach do najskuteczniejszych środków zarówno uśmierzających, jak też i leczniczych. Naturalnie, o ile podejrzewać można, że sprawa ma tło swoiste, należy od razu odpowiednio działać. W tym pierwszym okresie naszych zabiegów leczniczych możemy również stosować proteinoterapię. W wypadkach, gdy chory krzyczy z bólu (ale tylko takich!) możemy się w tym okresie uciec do stosowania miejscowych znieczuleń, jak zastrzyków nowokainy, najlepiej w okolicę korzonków, tj. przykręgowo na wysokości piątego kręgu lędźwiowego. Technika tych zastrzyków jest bardzo prosta, opisuje ją szczegółowo Florent Coste w *„Journal des Practiciens"* w Nr 12. 1935. W pewnych przypadkach można nowokainę wstrzykiwać wprost do pnia nerwu kulszowego. Znieczulenie po takich zastrzykach trwa około 48 godzin. Czasami nie udaje się zupełne znieczulenie i następuje tylko znaczne zmniejszenie bólów. Zupełne znieczulenie bólów osiągnąć można na szereg tygodni, a nawet miesięcy przez wstrzyknięcie alkoholu naokoło nerwu po uprzednim znieczuleniu nowokainą. Stosowanie alkoholowych zastrzyków uważa referent za wielce niebezpieczne na podstawie własnego doświadczenia. Następuje tu bowiem nie tylko znieczulenie, ale również porażenie ruchowe kończyny i porażenie czucia głębokiego. W przypadkach mniej dokuczliwych można się zadowolić zwykłymi przeciwbólowymi środkami, jak piramidon, cibalgina, nowalgina lub połączeniem amidopiryny z kodeiną po 0,04 do 0,05 na dawkę. W przypadkach przewlekłych dobrze jest stosować kombinowane leczenie zastrzykami lipiodolu albo naokoło nerwu, albo nadoponowo. Przy zastrzykach paraneuralnych zastrzykuje się w pośladek w okolicę nerwu 10 cm³ lipiodolu w ten sposób, by o ile możności objąć naciekiem lipiodolowym nerw na najszerszej przestrzeni. Przy zastrzykach nadoponowych (paraduralnych) wkłuwa się igłę do nakłuć lędźwiowych tak, jakbyśmy mieli dokonać nakłucia lędźwiowego, ale trzeba się zatrzymać tuż przed oponą twardą, sprawdzając, czy przypadkiem nie wycieka płyn mózgowo-rdzeniowy, wstrzykuje się naprzód nieco nowokainy, później lipiodol w ilości około 10 cm³. Pierwszeństwo przed tym zabiegiem winny mieć zastrzyki perineuralne, które należy powtarzać w odstępach 4-dniowych. O ile te ostatnie są najzupełniej nieszkodliwe, to o nadoponowych referent nie może powiedzieć ostatniego słowa. W każdym razie referent stwierdził, że o ile lipiodol wstrzyknięty naokoło nerwu, już po kilku dniach nie da się stwierdzić Roentgenem, to lipiodol wstrzyknięty nadoponowo w ogóle nie okazuje dążności do wchłaniania się.

Przy ischialgiach, pochodzących z przerzutów nowotworowych do kręgów lub do otoczenia nerwu, nie działają ani zastrzyki nowokainy ani lipiodolu. W tych przypadkach uciekać się należy do naświetlań Roentgenem, naświetlania te można też z dobrym wynikiem stosować przy każdym przewlekłym zapaleniu nerwu. Do bardzo dobrych metod zaliczyć należy zastrzyki ciepłego roztworu fizjologicznego soli w ilości od 50 do 150 cm³ w okolicę nerwu. O wartości naświetlań nerwu diatermią krótkofalową trudno jest referentowi coś powiedzieć, gdyż sam nie miał możności metody tej stosować, a dane w piśmiennictwie są nieco sprzeczne. Na uwagę zasługuje metoda rosyjskiego klinicysty Smysłowa, która polega na tym, że wstrzykuje on około 5 cm³ wody przekroplonej do najbardziej na ucisk bolesnego punktu w okolicy pośladka dość głęboko, mniej więcej 1 do 1.5 cm nad kością. Zastrzyki te są bardzo bolesne, zwłaszcza kobiety są na nie bardzo wrażliwe tak, że referent u kobiet zaprzestał po kilku nieudanych próbach zastrzyki te stosować, ale o ile je ktoś wytrzymuje, dają one zwykle bardzo dobre wyniki lecznicze, nawet przy mocno zaniedbanych zapaleniach nerwów. Bóle przy zastrzykach trwają zwykle około 2 do 3 godzin, przy czym charakterystyczne jest, że ból z miejsca zastrzyku promieniuje w łydkę, czasem nawet w piętę i to nawet w tym wypadku, gdy zastrzyk dokonany był w mięsień nieunerwiony przez nerw kulszowy. Dlatego autor nazwał swą metodę reperkusją bólową. Jontoforeza zdaje się nie mieć większego znaczenia niż zwykła galwanizacja. Co się tyczy leczenia balneologicznego, należy je zasadniczo stosować tylko w przypadkach bardzo przewlekłych, gdyż w świeżych może wywołać długotrwające zaostrzenie bólów. Zwłaszcza kąpiele siarczane działają w ten sposób na świeże zapalenia nerwów. Kąpiele borowinowe właściwości tej zdaje się, nie posiadają. Natomiast słone działać mogą podobnie, jak siarczane. Na uwagę zasługuje kombinacja okładu borowinowego z prądem galwanicznym przez swoje wybitnie kojące i jednocześnie lecznicze działanie. Niektórzy badacze przywiązują za dużo wagi do wrodzonych zmian w kręgach, zwłaszcza w lędźwiowych i krzyżowych. Jeżeli jednak uwzględnimy spostrzeżenia Pugh'a i niektórych rosyjskich badaczy, dojdziemy do przekonania, że biorąc pod uwagę duży procent wrodzonych nieprawidłowości w budowie kręgów, zachodzić raczej może często przypadkowe zespolenie objawów ischialgicznych z wrodzonymi nieprawidłowościami. Naturalnie nie można wykluczyć, że tu i ówdzie może się zdarzyć ischialgia, jako skutek wrodzonej nieprawidłowości w obrębie kręgu. I tak np. zdarzyć się może u osobnika ze *spondylolisthesis*, że przez nagłe prześlizgnięcie się dolnych kręgów lędźwiowych ponad krzyżowymi, nastąpić może bardzo bolesne zadzierżgnięcie korzonków. Reasumując swoje wywody dochodzi referent do wniosku, że większość nawet poza tym bardzo wybitnych klinicystów jest dziwnie bezradna wobec ischialgii i tam, gdzie jakiś zupełnie prosty zabieg fizykalny natychmiast przynosi ulgę, przedłużają niepotrzebnie męki chorego przez stosowanie jakichś bardzo wątpliwie działających środków z zakresu proteinoterapii, albo stosują szczepionki, które albo działają, albo nie, w każdym razie, o ile działają, to dopiero po dłuższym czasie, a tymczasem zniecierpliwiony chory dostaje się w ręce szarlatanów. Ponadto przestrzega referent przed jednostronnością w stosowaniu metod leczniczych. To, co u jednego działa zadziwiająco dobrze i pewnie, u drugiego nie działa w ogóle i dlatego należy umiejętnie dostosowywać metody do właściwości osobniczych chorego, co już w bardzo dużym stopniu zależy od doświadczenia lekarza. W każdym razie dochodzi referent do ostatecznego wniosku, że najuporczywsza rwa kulszowa lub zapalenie nerwu dadzą się w szybkim czasie wyleczyć.

W ożywionej *dyskusji*, jaka się wywiązała po wygłoszonym referacie, głos zabierali między innymi Koledzy: Dr Wołkowicz i Dr Rzędowski.

Prezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr I. Lipnicki.*

Protokół zebrania naukowego z dnia 18 grudnia 1935 roku.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

1. Kol. Nasiłowski: a) *pokazuje dwoje dzieci 3 i 2-letnie po przebyciu nagminnego zapalenia opon mózgowych.* W pierwszym przypadku leczenie rozpoczęto w 3 dniu choroby; powrót do zdrowia; w drugim przypadku leczenie rozpoczęto po tygodniu trwania choroby — pozostała zupełna głuchota. W obu przypadkach stosowano upusty płynu przez nakłucia lędźwiowe, wprowadzenie powietrza przez kanał lędźwiowy do komór mózgowych i wprowadzenie tą samą drogą surowicy meningokokowej. Obszerniej omawia mechanizm działania i znaczenie wprowadzonego powietrza (zapobieganie zrostom, utrzymywanie łączności komór z kanałem lędźwiowym, ułatwienie działania surowicy na wylęganie meningokoków — sploty komorowe).

b) *omawia przypadek spina bifida occulta u 8-letniej dziewczynki* (następstwem tej wady jest zniekształcenie stopy — *pes paralyticum*).

2. Kol. M. Trawiński *pokazuje chorą lat 40, którą operował przed dwoma miesiącami z powodu wrzodu żołądka.* Chora ta dawniej cierpiała na ciężkie napady kamicy żółciowej. Po otwarciu brzucha stwierdził wrzód odźwiernika, drążący do trzustki oraz woreczek żółciowy wypełniony kamieniami. Dokonał wycięcia żołądka, a potem usunął woreczek żółciowy podotrzewnowo, po czym brzuch zaszyto na głucho. Nastąpiło wyzdrowienie.

3. Kol. Ingster *przedstawia przypadek zaczopowania tętnicy.* Chora licząca lat 15, przedwcześnie rozwinięta, miesiączkuje od 2 lat, nie wykazując pod względem rozwojowym żadnych odchyleń od normy, wewnętrznie zdrowa, pod względem neurologicznym również bez objawów, narzeka od kilku miesięcy na bóle w lewym ramieniu. Przy wysiłkach fizycznych omdlewa jej lewa ręka i ziębnie. Już na pierwszy rzut oka zauważyć można lekki zanik ramienia. Wymiary obydwu ramion na wysokości mięśnia dwugłowego wynoszą: prawe 22 cm, lewe 20,5 cm.

Tętna lewej tętnicy sprychowej zupełnie wyczuć nie można, tak samo nie wyczuwa się tętna tętnicy podobojczykowej i ramieniowej. Przy podnoszeniu jednoczesnym obydwu ramion do góry, zauważa się, że lewa ręka blednie i przybiera przy tym odcień żółty. Cieplota lewej ręki jest wyraźnie niższa niż prawej. Krew na odczyn Wassermanna dała wynik ujemny, prześwietlenie okolicy obojczyka lewego nie dało nic godnego uwagi. Chora fizycznie i umysłowo rozwijała się od pierwszego dzieciństwa prawidłowo, rodzina jej i rodzeństwo są zdrowi. Dotychczas nie chorowała, jedynie przed rokiem przechodziła ciężką, zresztą niezbyt długo trwającą grypę, przy której miało wystąpić zapalenie płuc. Kol. I n g s t e r próbował jej podawać *Sir. Ferri jodat.* przez szereg tygodni, ale bez skutku. Wyobraża on sobie anatomicznie powstanie zaczopowania tętnicy w tym przypadku w ten sposób: pod wpływem jadu zakaźnego przebytej grypy powstało drobne owrzodzenie na wewnętrznej ścianie tętnicy podobojczykowej, nad którym z biegiem czasu zaczął się osadzać i organizować skrzep, aż w końcu zaczopował tętnicę. Nadmienić należy, że nie było wcale łatwo wpaść na właściwy trop. Wyżej opisany przypadek nie został od razu przez badającego lekarza rozpoznany, lecz został do referenta skierowany jako przypadek neurologiczny. Ten również przy pierwszym badaniu nie wpadł na właściwe rozpoznanie, myślał bowiem o jakiejś sprawie w stawie barkowym, wykluczywszy uprzednio zapalenie nerwu. Dopiero obserwacja chorej przy zapinaniu guzika naprowadziła go na właściwe rozpoznanie, gdyż charakterystyczne przyblednięcie ręki nasunęło mu podejrzenie, że zachodzi tu wadliwe ukrwienie ręki.

4. Kol. L. W i e r z b i c k i *przedstawił preparat ciąży pozamacicznej śródmiąższowej,* pękniętej w 3 m. Chora przybyła na oddział w stanie ciężkim, zabieg polegał na wycięciu prawego rogu macicy, z jamy brzusznej usunięto 3 litry krwi płynnej i skrzepłej, którą częściowo wlano do żyły. Chora wypisana zdrowa. Przypadek bardzo rzadki zalicza się do najniebezpieczniejszych wśród ciąż pozamacicznych. Na naszym oddziale za cały czas istnienia jest to drugi taki przypadek. Autor podaje liczbę ciąż śródmiąższowych na 1%.

Prezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr I. Lipnicki.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

P r o t o k ó ł posiedzenia naukowo - wyborczego z dnia 21 stycznia 1936 roku.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z posiedzenia z dnia 14 stycznia 1936 roku.

2. Wręczenie dyplomów nowoprzyjętym członkom.

3. Dyskusja nad referatem G r z y w o-D ą b r o w s k i e g o W. (Sterylizacja i kastracja z punktu widzenia higieny, rasy, prawa i medycyny).

Kol. W ą s o w i c z (przemówienie 14. I. 1936) uważa, że referat jest interesujący, gdyż porusza zagadnienie obchodzące dziś cały świat, lecz przede wszystkim zaznacza, iż sam czyn wykonania wyjałowienia lub wytrzebienia według słów prelegenta jest określany przez Kodeks Karny jako ciężkie okaleczenie ciała, podlegające karze 10 lat więzienia. Jak ciężkim jest to okaleczenie, najlepiej zdajemy sprawę sobie jako lekarze, rozumiejąc, iż jest to pozbawienie człowieka zasadniczej czynności życia.

Następnie prelegent sam zaznaczył w swym wykładzie, że do wymienionych zabiegów wskazań lekarskich nie ma, a więc dla świata lekarskiego jest to zasadnicze stwierdzenie do zajęcia swego stanowiska do tych zabiegów. Dalej, co do wskazań tzw. eugenicznych podkreśla przytoczone przez prelegenta rozbieżności uczonych na częstość dziedziczenia, wahające się od 4 do 90%.

Podkreśla, iż w dziedzinie zwalczania alkoholizmu są daleko humanitarniejsze środki walki niż kaleczenie, przypomina obniżanie się pijaństwa, gdy na początku okresu kryzysu gospodarczego wódka jeszcze nie była przez potanienie i wypuszczenie w małych opakowaniach ponownie udostępniona szerokiemu ogółowi konsumentów. W kwestii dziedziczenia przestępstw i samobójstw uważa, iż przestępczość rodzinna zależy nie od narzuconego przez *fatum* dziedziczenia, lecz przez wychowywanie się w środowisku o złym poziomie moralnym.

Mówca zwrócił uwagę na to, że reportaże o samobójstwach są często przyczyną naśladownictwa, a nie dziedziczność; jeśli matka, ojciec lub ktoś z rodziny popełnił samobójstwo, to przykład ten działa na pozostałych członków rodziny. Również kwestia współżycia odgrywa dużą rolę w przyczynach samobójstwa. W Ameryce Południowej współżycie bez ślubu jest rzeczą zwykłą, u nas jest inaczej. Etyka jest jakoby kwestią umowną, chociaż właściwie istnieje jedna tylko etyka, a wszystko co jest umowne jest zmienne. I w tej dziedzinie należy iść raczej drogą higieny psychicznej, a nie barbarzyńskich, kaleczących zabiegów.

Jeśli weźmiemy projekt ustawy eugenicznej, to motywem przewodnim jej jest zmniejszenie ciężarów społeczeństwa. Gdyby ktokolwiek z nas zabił swego towarzysza na bezludnej wyspie z głodu i zjadł, to pociągnęlibyśmy go do odpowiedzialności karnej. Oburzaliśmy się, gdy w Rosji Sowieckiej rozstrzeliwano chorych na nosaciznę, a my, gdy nas nie stać na walkę z pornografią, staramy się jej zapobiec przez krzywdę na ciele bliźniego.

Wskazania prawne do wyjaławiania są całkiem niewytłumaczalne, bo jakiż może mieć skutek korzystny dla społeczeństwa przytoczone np. wyjaławianie kobiet uprawiających nierząd z chłopcami, chyba odwrotny — usunięcie im jednego z hamulców, jakim jest obawa zajścia w ciążę.

Podobnież nie ma znaczenia zapobiegawczego wyjałowienie lub wytrzebienie gwałcicieli, gdyż nie pozbawia ich, jak podaje prelegent, pobudliwości płciowej, a nawet częstokroć ją wzmaga.

Sądzę więc, że wyjałowienie i wytrzebienie są cywilizowanym barbarzyństwem, a przytaczanie przykładu z państw germańskich jest mało przekonywującym, bo o istotnym poziomie kultury cywilizowanych Niemiec przekonaliśmy się w roku 1914 i następnych.

Wreszcie mówca uważa, iż wykonywanie podobnych zabiegów przez lekarzy było by dla świata lekarskiego hańbą, sprowadzając ich do roli oprawców, wykonywujących wyroki sądowe.

2) Kol. M i k u ł o w s k i W., członek T-wa, oświadcza, że odczyt można traktować różnie ze stanowiska naukowego tak, jak się traktuje jakiś przypadek kliniczny, którego się jeszcze nie widziało. Od dwóch czy trzech lat czyta się w prasie niemieckiej o chorobach dziedzicznych. Dla nas jest to rzecz nowa. Stosowanie medycyny do polityki i polityki do medycyny są to zagadnienia ostatnich lat. Widzieliśmy, jak wojna rozszerzyła horyzonty medycyny, ale nie widzieliśmy jeszcze wpływu polityki na medycynę. Lekarz może mieć odwagę stanąć wobec przypadku, którego jeszcze nie widział i powiedzieć sobie, jaką korzyść dla wiedzy może wyciągnąć z niego, jakie ten przypadek ma męty i plamy, jakie przedstawia trudności i jakie są ciemne strony tego przypadku. Niech będzie zatem wolno zastanowić się nad tym nowym prądem. Pod względem naukowym stwarza on szereg nowych pojęć, nową gałąź wiedzy: nauka o bliźniętach czyli dziedziczeniu genów jest nam mało znana. Zjawisko miesiączki, występujące równocześnie u dwojga bliźniąt i jednakowe reakcje na warunki zewnętrzne (jedna z bliźniąt wyjechała do Berlina i straciła miesiączkę, druga w tych samych warunkach miesiączkę straciła), rodzinna pląsawica, żółtaczka hemolityczna, mutacja genów pod wpływem Roentgena, która wywołała zmiany w drugim i trzecim pokoleniu. Są to wszystko zjawiska nowe. Opisywane są mikrocefalie rentgeno-pochodne, gdy matka była naświetlana Roentgenem. Dyskusja nad tymi zagadnieniami jest bardzo interesująca. Porusza ona nie tylko sprawy naukowe, ale i prawnicze. To są blaski nowego zagadnienia. Za gorsze uważa mówca przymus polityczny, który zamyka usta wielu kolegom niemieckim, nie mogącym wypowiedzieć się swobodnie o tych zagadnieniach. Jeszcze bardziej cierpi w Niemczech tajemnica lekarska, gdyż wymaga się tam od lekarza, aby donosił o każdym przypadku alkoholizmu lub kiły. Donosicielstwo to równa się upadkowi naszego przywileju tajemnicy lekarskiej. W Niemczech istnieją tablice, rejestrujące czystość pod względem chorobowym i rodzinnym. Tego samego domagają się od lekarza w stosunku do chorych gruźliczych. Niewątpliwie schematyzacja ta i rejestracja wpływa ujemnie na myśl lekarską. Prawa karne nie są ilustracją charakteru narodu, lecz tego, co dany naród uważa dla siebie za obce i niebezpieczne. U nas są inne zapotrzebowania pod względem prawniczym i leczniczym. Płodność naszego narodu jest większa aniżeli w Niemczech, a zmartwieniem naszym jest to, że dzieci nasze za często umierają. Według obliczeń kol. S z u l c a odsetek przyrostu naturalnego wynosi u nas 29‰ a w Niemczech 17‰.

3) Kol. C i e s z y ń s k i F., członek T-wa, przyznaje, że prelegent zrobił niespodziankę, wyciągając ze swej pracy wniosek podnoszony przez Tow. Eugeniczne, bowiem praca prelegenta mówi co innego. Kol. G r z y w o-D ą b r o w s k i stwierdził, że nie ma wskazań lekarskich do wytrzebienia lub wyjałowienia. Zwężenie miednicy można pokonać cięciem cesarskim, a nowotwory się nie dziedziczą. Nauka o dziedziczności obraca się jeszcze w dziedzinie hipotez. Zgodnie ze słowami kol. W ą s o w i c z a trzeba pójść w kierunku higieny psychicznej. Ameryka odrzuciła higienę psychiczną i dziś krzyczy na alarm, że zanadto utonęła w materializmie. Jeśli chodzi o padaczkę, to czy ojca Napoleona trzeba było wytrzebić, bo przecież Napoleon był cho-

ry na padaczkę. Dzieci pijaków niejednokrotnie wyrastają na wielkich ludzi. Mówca przytacza znaną przez siebie rodzinę ślepego, który ma 9 wysoce moralnych, zdrowych dzieci. Nadmierny popęd płciowy też nie może być motywem do wyjałowienia, gdyż wyjałowiony mężczyzna jest właśnie pożądany przez kobiety, które boją się zajść w ciążę. Dziś należało by wyjałowić wszystkich bezrobotnych, gdyż nie mogą zarobić na utrzymanie swych rodzin i są ciężarem społeczeństwa. Tak samo, jeśli chodzi o przestępców, tylko pewien procent zależy od dziedziczności, gdyż w dużej mierze odgrywa tu rolę zły przykład i brak odpowiednich warunków społecznych. Jeśli zwiększają się przestępstwa w szybszym tempie, aniżeli przyrost ludności, to świadczy tylko o tym, że im intensywniejsza jest walka o byt, tym przestępstw jest więcej i tym więcej jest chorób umysłowych.

Na zakończenie mówca porusza jeszcze sprawę dobrowolnego wyjaławiania mężczyzn i kobiet i oświadcza, że jeśli ściga się mężczyznę za uchylanie się od służby wojskowej, to tym bardziej powinno się ścigać kobietę, która uchyla się od obowiązku rodzenia dzieci.

4) Kol P r ę g o w s k i P., członek T-wa (21. I. 1936) uważa, że „zalecanie sterylizacji" — jeżeli traktować sprawę ze stanowiska tylko medycyny, — jest zależne przede wszystkim od 2 warunków: 1) od obecności właściwego schorzenia nieuleczalnego oraz 2) od faktu, że dane schorzenie obciąży potomstwo. Zagadnienie wyjaławiania odnosi się w znacznym stopniu do zaburzeń i nieprawidłowości, stanowiących przedmiot psychiatrii. Gdy chodzi o ustalenie nieuleczalności zmian i nieprawidłowości psychicznych, należy być bardzo ostrożnym. Do sprawy tej należy odnosić się nie tylko z punktu widzenia leczenia psychiatrycznego takiego, jakie obecnie jest ogólnie przyjęte. Należy liczyć się z postępem leczenia i brać pod uwagę różne poczynania lecznicze w psychiatrii, które dzisiaj są może więcej dziełem jednostek-pionierów, a które niezadługo mogą stać się powszechnym udziałem. Przecież do niedawna zdawało się być niemal już *a priori* pewnym, że porażenie postępujące jest chorobą nieuleczalną. Tymczasem okazało się, że przy odpowiednim leczeniu, zwłaszcza w początkach tej choroby, znamy około 30% prawdopodobieństwa jej wyleczenia. Mówi się o nieuleczalności padaczki i otępienia wczesnego, nie myśli się nawet o możności leczenia morderców sadystycznych *(Lustmörder)*, jest się przekonanym o ciężkim rokowaniu w zwyrodnieniu morfinowym, bądź w różnorodnych zwyrodnieniach i nieprawidłowościach z tzw. pogranicza z psychozą. A tymczasem już obecnie co do wszystkich wymienionych zaburzeń istnieją i w przekonaniu mówcy posiadają widoki rozwoju usiłowania lecznicze. Mówca uważa, że nie można dzisiaj z całą pewnością powiedzieć, aby jakakolwiek nieprawidłowość psychiczna, o ile nie polega na znacznych, rozlanych zniszczeniach tkanki mózgowej — nie mogła być dostępna skutecznemu leczeniu.

W stosunku do takich chorych, a zwłaszcza do wymienionych kategoryj przypadków, należy być ostrożnym z wyjaławianiem, aby nie okazało się, że jednostka ludzka została cieleśnie i duchowo okaleczoną; może bowiem dało by się osiągnąć ten sam cel drogą zastosowania leczenia. Zjawić się tu może nowy problemat. Jeżeli nawet uzna się wyjałowienie za zasadniczo usprawiedliwione, powstać może zagadnienie, czy należy stosować je tam, gdzie można podnieść stan zdrowia chorych na drodze leczenia. Oczywiście mogłaby tu być mowa głównie o leczeniu przymusowym. Należy zaznaczyć, że droga do takiego przymusu, o ile chodzi o prawodawstwo, jest zapoczątkowana. Ostatnia reforma naszego ustawodawstwa karnego, co do osób z tzw. poczytalnością zmniejszoną, przyjmuje taki przymus leczenia dla osób, nie mających psychozy.

5) Kol. M e l a n o w s k i W., członek T-wa, podkreśla, że prelegent przedstawił ważne zagadnienie i dlatego tym wydatniej zaznaczył istotę poszczególnych faktów. Wykonanie zabiegów o tak poważnym zasięgu działania, jak wyjałowienie i wytrzebienie, nie może być bez ściśle ustalonych wskazań, a tymczasem wiele, jeśli nie większość przypadków dziedziczności jest w ogóle niedostatecznie zbadana. W szczególności dotyczy to przypadków dziedziczności typu utajonego tj. dziedziczności ustępującej; tu wprost przecie niewiadomo, kogo wyjałowić, czy wytrzebić, by uchronić od zjawienia się np. dziedzicznego recesywnie zaniku nerwów wzrokowych typu Lebera, od choroby Tay-Sachsa, od zwyrodnienia barwikowego siatkówki, głuchoniemoty, padaczki oraz konstytucyj psychopatycznych. Ma się rozumieć, że do pomysłów psychopatycznych chyba zaliczyć należy dewizę: „wariaci i wariatki wszystkich krajów, rośnijcie i rozmnażajcie się". Należy więc jakoś przeciwdziałać, ale dotąd nie wiemy jak, gdyż zalecane obecnie przez Niemców wyłączanie od rozrodu osobników, wykazujących wydatne i poważne obciążenia dziedziczne, niewiele tu pomoże, bo ma znaczenie głównie w przypadkach dziedziczenia typu panującego, a więc drobnoocze, glejak siatkówki i nowotworowatość naczyń siatkówki i mózgu.

Przeciwdziałać należy zbytniemu rozrodowi kalek, by, jak można, rzadziej odczuwać to straszne wrażenie bezradności wobec chorych, którzy w ogóle przyszli chyba po to na świat, aby cierpieć i zwiększać liczbę niezadowolonych i upośledzonych istot w społeczeństwie.

6) Kol. M a r k e r t W., członek T-wa, uważa, że jedną z przyczyn dyskusji, na ogół nieprzychylnej zagadnieniom poruszanym przez prelegenta, były liczby, określające dziedziczenie chorób psychicznych. Podane przez prelegenta liczby, oparte na różnych statystykach dowodzą, iż skłonność do chorób psychicznych dziedziczy się w granicach od 4 do 90%.

Rozpiętość liczb zależy od tego, że brane były pod uwagę różne jednostki chorób psychicznych. Jeżeli ograniczyć się tylko do takich chorób, jak padaczka, otępienie wczesne, obłąkanie maniakalno-depresyjne lub upośledzenie rozwoju umysłu, wtedy liczby, wskazujące na powstawanie skłonności rodzinnej w zakresie tych chorób, wahać się będą w granicach od 80—90%. Wrodzona skłonność do chorób psychicznych, podawana przez różnych autorów w tak wysokim procencie, ma dużą wartość przekonywującą. Na tym też fakcie Piltz opiera swój biologiczny podział chorób psychicznych, dzieląc je na choroby osobnicze i choroby rodowe. Świadomość przekazywania usposobienia do chorób psychicznych ma w pewnych okolicznościach nawet sankcje państwowe. W postępowaniu sądowym, dziedziczne obciążenie psychiczne oskarżonego jest przyjmowane jako fakt zmniejszający winę i w ten sposób wpływający na wymiar kary. Nic też dziwnego, że dalszym wnioskiem tego humanitarnego rozumowania musiało być szukanie dróg, mających utrudnić przychodzenie na świat obciążonych psychicznie dzieci. Stąd też wypływa zagadnienie wyjaławiania i wytrzebienia, zagadnienie, które w szeregu państw zachodnich zostało gorzej lub lepiej rozwiązane pod postacią ustawy sterylizacyjnej. Prędzej czy później sprawa ta będzie poruszana przez odpowiednie czynniki i u nas i dlatego wymaga od świata lekarskiego głębokiego i rzeczowego zastanowienia się. Mówca uważa, że takie zasadnicze potępianie wytrzebiania i wyjaławiania jest niezupełnie słuszne. W pewnych przypadkach pozbawienie gruczołów płciowych osobnika, posiadającego nadmierny lub zboczony popęd płciowy, może go uchronić od popełnienia nawet zbrodni. Czy wytrzebienie takiego osobnika, które ochroni go od ciągłej sprzeczności z prawem lub długoletniego więzienia nie było by wskazane? Dlaczego mamy się więcej rozczulać nad poddanym wyjałowieniu osobnikiem chorym psychicznie, posiadającym instynkty zbrodnicze, a mniej litować się nad jego dziećmi, których najczęściej taki ojciec nie może, a nawet nie chce wychowywać. Te i podobne rozważania powinny zmusić do głębszego zastanowienia się nad kwestią wyjaławiania i wytrzebiania.

Mówca zgadza się z tym w zupełności, że walka z alkoholizmem powinna być prowadzona nie tylko przez zakładanie przychodni przeciwalkoholowych, lecz przede wszystkim przez uniedostępnianie nabywania alkoholu. Najprawdopodobniej w czasie rozważania przez miarodajne czynniki sprawy ułatwienia sprzedaży wódki, referent lekarski musiał wytoczyć mniej danych przekonywujących, niż referent skarbowy czy innego resortu, który przeprowadził swą tezę.

Jeżeli chcemy, aby przyszła ustawa sterylizacyjna miała cel i podstawy przede wszystkim biologiczne i lekarskie, należy podejść do tego zagadnienia z przekonywującym naukowym materiałem dowodowym, gdyż w przeciwnym razie względy nielekarskie mogą przeważyć. Dowody oparte wyłącznie na uczuciu nie będą najprawdopodobniej wystarczające.

7) Kol. H i g i e r H., członek T-wa, uważa, że sprawa jest interesująca z naukowego i społecznego punktu widzenia. Medycyna jest nauką, prognostyka, medycyna praktyczna i eugenika są sztukami. Jest to zastosowanie danych nauki do kwestii zdrowego potomstwa. To, co Niemcy założyli pod nazwą *„Rassenpolitik"*, nie ma nic wspólnego z nauką. Nie ma tu biologii, ani genów, ani chromozomów, lecz polityka ras rozstrzyga o przeprowadzeniu kwestii. Nie jest to łagodna eugenika dawna, która i obecnie jest przeprowadzana w północnych stanach Ameryki, ale brutalna polityka ras, która jest przeprowadzana w Rzeszy, u murzynów i mongołów, zapewne przejdzie i do innych ras, może i do słowiańskiej. Są poradnie przedślubne i poradnie, jak karmić dzieci i wychowywać, poradnie regulacji rozrodczości, słowem rzeczy, które eugenika rozumie. Zaczyna się brutalność, gdy mowa jest o wyjaławianiu, a jeszcze gorzej o wytrzebieniu. W Sparcie rzucano dzieci ułomne w przepaść, faraonowie zaś bronili się przed mniejszością rozrastającą się w ten sposób, że kazali dusić noworodki przy urodzeniu. Jak wyjałowić np. krwaw-

ców, którzy się rodzą z matek zdrowych i którzy są Bogu ducha winni? Matka krwawca jest typem obarczonym dziedzicznie, coś w rodzaju przenosiciela, który sam nie choruje. Wiemy, że Bethoven był synem pijaka i sam cierpiał na głuchotę dziedziczną. Robert Mayer, wynalazca prawa energii cieplnej, miał psychozę maniakalno-depresyjną. Kościół zabrania wyjaławiania i nie pozwala nikomu szkodzić, gdyż każdy może wyleczyć się ze swej ułomności. Zastanówmy się, ile osób można wyjałowić w Niemczech. Według poważnych opinii należało by wytrzebić 1,400.000 osób. Mówca nie uważa tej formy za stosowną. Najlepsze byłyby wskazania społeczne, a nie eugeniczne, ale nasz projekt ustawy opiera się na wskazaniach eugenicznych, a względy społeczne są na drugim planie. W Niemczech wskazania społeczne uważają za rzecz ważniejszą i na te sprawy mamy poglądy rozbieżne.

8) Kol. B u k o w s k a J., członek T-wa, podaje, że na podstawie statystyk można stwierdzić, że największe obarczenia dziedziczne zanotowano wśród dzieci żydowskich. Weźmy chociażby uczulenie na błonicę, a przekonamy się, że na oddziale błoniczym są prawie dzieci żydowskie. Mówczyni wyraża nadzieję, że polscy lekarze chrześcijanie nie pójdą w kierunku ustaw sterylizacyjnych, gdyż nie pozwoli im na to kultura katolicka.

9) Kol. W o y n ó w n a Z., członek T-wa, uważa, że ustawy o wyjałowieniu i wytrzebieniu stawiają lekarza w położeniu nie odpowiadającym godności jego zawodu, gdyż ma on wykonywać zabiegi kaleczące operowanego na zasadzie wyroku komisji, posiadającej charakter sądu, wbrew elementarnej zasadzie lekarskiej „*primum non nocere*". W historii znane są fakty skazywania ludzi na okaleczenie, ale wykonywanie takich wyroków leżało w rękach kata i jego pomocników.

Po drugie: upoważnia się lekarza do okaleczania człowieka na żądanie zainteresowanego po uzyskaniu przez niego odpowiedniego pozwolenia, co przeczy zasadzie, że lekarz w swej pracy zawodowej winien kierować się własnym sumieniem, mającym na celu jedynie dobro chorego. Stawia to lekarza na poziomie balwierza, który puszczał krew każdemu, kto mu za to zapłacił. Praca nad podniesieniem poziomu moralnego w społeczeństwach w oparciu o niewzruszalne podstawy etyki chrześcijańskiej, to droga lepsza i pewniejsza do poprawienia rasy, niż wytrzebienie czy wyjałowienie.

10) Kol. W ą s o w i c z W., członek T-wa (ponownie w dniu 21. I. 1936) uważa, co do punktu poruszonego przez jednego z przedmówców o wzrastaniu szybszym liczby chorych psychicznie, że nie należy tłumaczyć tego zjawiska powtarzaniem komunałów o zmianie warunków bytu, gdyż człowiek zdolny jest do przystosowania się do wszelkich przez siebie wytwarzanych warunków. Przyczyną tego zjawiska jest sztuczna selekcja rozrodczości przez propagandę świadomego unikania macierzyństwa z jednej strony i niezmiernie częste, prawie zawsze kryminalne, przerywanie ciąży, na co jednak ani władze sądowe ani sądowo-lekarskie wcale nie reagują. Zamierzona ustawa sterylizacyjna jeszcze bardziej spotęguje tę sztuczną selekcję. Zaznacza jeszcze, że tak popularne stosowanie „*einkinde*" i „*zweikindersystem*" jest przestępstwem wobec higieny psychicznej, gdyż w tych warunkach, co znane jest wszystkim, rozwija się w jedynakach egoizm, egocentryzm, aspołeczność, a jednocześnie hamuje rozwój woli. Na zakończenie mówca przytacza aforyzm, brzmiący: „Jedno dziecko w rodzinie — potwór, dwoje — histerycy a dopiero od trojga dzieci zaczynają się ludzie".

11) Kol. C i e s z y ń s k i F., członek T-wa, prostuje, że nie gorszymi warunkami bytu tłumaczył zwiększenie się liczby chorych umysłowo, lecz bardziej ścisłymi metodami badania i lepszymi warunkami szpitalnymi w Polsce. Czy na naszej wsi badał kiedy lekarz choroby umysłowe, czy przed 50 laty były przypadki gruntownie zbadane i leczone. W dalszej części swego przemówienia kol. C i e s z y ń s k i podkreśla, że w zakresie dziedziczności nauka bardzo mało zdziałała, toteż nie może być podstawa do powzięcia decyzji o dokonywaniu wyjaławiania. Jeżeli natomiast chodzi o dobrowolne wyjaławianie, to wśród szerokich sfer łatwo się ono przyjmie, zwłaszcza wśród kobiet, każda będzie się obawiała chorego dziecka i nie będzie chciała rodzić. Mówca zna chorą, której jedno dziecko ma krótszą nóżkę; matka ta nie chce mieć więcej dzieci w obawie, że będą miały podobną wadę.

Jeśli zostaną rzucone hasła wyjaławiania, to wśród szerokich rzesz, zwłaszcza wśród kobiet, powstanie panika.

12) Kol. G r z y w o-D a b r o w s k i W., członek T-wa, w końcowym przemówieniu zaznaczył, że w referacie wygłoszonym chodziło mu o przedstawienie sprawy tak, jak się ona obecnie przedstawia. Chciał przy tym wywołać dyskusję, co mu się w zupełności udało, gdyż dyskusja była ożywiona. Jeden z mówców zrobił uwagę, że referent przedstawił zagadnienie w sposób rzeczowy, nie wypowiadając swego zdania. Zdanie zasadnicze można poznać z postulatów, przedstawionych przez prelegenta, który podał całą sprawę tak, jak ona się przedstawia w społeczeństwie. Niektórzy koledzy uzupełnili uwagi referenta, oświetlając zagadnienie ze swego punktu widzenia. Kol. P r ę g o w s k i stanął na stanowisku, że nie mamy pewności, czy dana choroba psychiczna jest nieuleczalna. Niekoniecznie nieuleczalne choroby mogą być przekazywane dziedzicznie. O ile przyjmiemy w tym względzie wytrzebienie dobrowolne, czy wyjałowienie, to referent nie widzi w tym przypadku przestępstwa, mając oczywiście na względzie osobników, którzy są świadomi sprawy wyjaławiania lub wytrzebienia. Niektórzy przedmówcy zajęli zbyt uczuciowe stanowisko, na uczucie nie ma argumentów, a rzeczowych argumentów prelegent nie słyszał. Cyfry statystyczne od 4—90% są cyframi dawnymi; nowsze cyfry, dotyczące obojga rodziców chorych psychicznie wahają się od 70—90%. Takie jest zdanie tych, którzy zajmowali się tą sprawą w płaszczyźnie naukowej. Z przemówień oponentów odnosi się wrażenie, że z chwilą wprowadzenia przez prawo wytrzebiania lub wyjałowiania, nastąpi zaraz masowe wyjaławianie. Ustawa szczegółowo określa warunki, w których może być przeprowadzone wytrzebienie, będzie szereg instancyj odwoławczych itd. Referent przypomina dyskusję nad nowym kodeksem karnym, przeprowadzoną w Tow. Lek. Warsz., gdy była poruszana sprawa bezkarnego przerywania ciąży. Wtedy słyszało się zdania, że jeśli będzie wydane takie prawo, nastąpi masowe przerywanie ciąży, a jednak zjawiska tego nie ma. Statystyka wykazuje, że ilość przeprowadzonych poronień jest niewielka. Poronienia są dokonywane w lepszych warunkach i dlatego mamy mniej nieszczęśliwych wypadków. Referent prostuje zdanie jednego z mówców, że ustawa sterylizacyjna istnieje tylko w Niemczech i w bardzo nielicznych państwach zachodnich i oświadcza, że wszystkie państwa skandynawskie, jak Szwecja, Norwegia, Finlandia mają ustawy sterylizacyjne. Nie należy myśleć, że w Niemczech ustawa ta przeszła z powodu porachunków politycznych z przeciwnikami. Może w poszczególnych przypadkach były nadużycia w tym względzie jednak na ogół ustawa jest szanowana.

4. Kol. F l i e d e r b a u m J. *wygłosił referat: Badania gospodarki wodnej ustroju. Doniesienie I. Gospodarka wodna i sposoby jej badania.*

Rozprawy:

1) Kol. A p f e l b a u m oświadcza, że w ścisłych badaniach klinicznych istnieje dziś dążność do bilansowania zjawisk biologicznych w kierunku jakościowym. Do zagadnienia gospodarki wodnej należy podejść ze szczególną ostrożnością, w przeciwnym bowiem razie pociągnie to za sobą szereg błędów. Woda pokarmowa i endogeniczna składają się na bilans wodny. Woda endogeniczna wytwarza się w ciągu doby w ilości od 250—350 cm³; czynnik ten wymyka się spod kontroli. Człowiek normalny wydziela poza nerkami litr wody na dobę, przez nerkę wydziela od 400—500 cm³ wody, na drodze zaś płucnej od 300—400 cm³ wody. Nie mamy możności kontrolowania tej metody według wzoru, podanego przez kol. F l i e d e r b a u m a. Czynniki te są zależne od napięcia układu wegetatywnego i pracy gruczołów dokrewnych i dlatego w ogólnym bilansie wodnym powstaje luka skórno-płucna. Bilansu kału nie potrafimy robić, gdyż człowiek wydziela tylko pewną część kału, reszta pozostaje w ustroju, znów stanowiąc pewną lukę w bilansie wodnym; z kałem wydziela się od 400—500 cm³ wody. Ocena płynów, zalegających w ustroju, jest trudna, gdyż działają tu wciąż zmieniające się czynniki. Pojęcie zbiorników wody jest pojęciem czysto teoretycznym, największym zbiornikiem są mięśnie, ten zaś czynnik wymyka się spod kontroli. Ustrój dąży do pewnej stałości ze względu na prawa fizyko-chemiczne. W tym łańcuchu zjawisk, w którym bierze udział każda komórka, należy działać z wielką ostrożnością, jaka cechuje prelegenta.

2) Kol. F l i e d e r b a u m zgadza się z przedmówcą i zapowiada, że wszystkie wymienione czynniki gospodarki wodnej będzie omawiał w następnym referacie.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz doroczny: *Józef Gackowski.*

I Zjazd Polskich Lekarzy Sportowych w Worochcie.

W dniach od 10—16 lutego b. r. odbył się w Worochcie pierwszy zjazd lekarzy sportowych. Protektorat objął szef Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych i wiceprzewodniczący Rady Naukowej W. F. gen. dr St. R o u p p e r t. W zjeździe wzięło udział około 60 lekarzy z wszystkich niemal stron Polski pracujących na polu wychowania fizycznego i spor-

tu. W pierwszym dniu Zjazdu po otwarciu tegoż przez Protektora i wyborze prezydium zjazdu w składzie: doc. dr Dybowski Wł. przewodniczący, nacz. dr Majewski W., dr Rettinger R., Majkowski J. i Łankosz J. członkowie — uchwalono z nielicznymi poprawkami statut „Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych". W dwóch następnych dniach odbyły się pod przewodnictwem gen. dra Kołłątaj-Środnickiego i doc. dr Przesmyckiego posiedzenia naukowe, na których wygłoszono szereg interesujących referatów. Następujące referaty wygłosili:

Gen. dr St. Rouppert: *Kontrola wagi, jako metoda oznaczania sprawności marszowej.*

Doc. Dr Wł. Dybowski: *Podstawy rozpoznania stanu zaprawy.*

Dr A. Fiumel: *Wpływ sportu narciarskiego na gotowość psychiczną i fizyczną lotników.*

Dr R. Rettinger: *Organizacja opieki lekarskiej w sporcie.*

Dr Wł. Zięba wspólnie z J. Łaukoszem: *Nadciśnienie lętnicze u młodzieży sportującej.*

J. Lankosz: *Studia nad elektrokardiografią sportową. Część I. Narciarze.*

Dr L. Krzewiński: *Toksykologia w sporcie.*

Dr W. Sidorowicz: *Odporność sportowców.*

Dr H. Bobkowska-Czerwińska: *Odżywienie, a sport. Wpływ ćwiczeń fizycznych na zaburzenia serca.*

Dr J. Majkowski: *Poradnictwo sportowo-lekarskie w Warszawie.*

Dr S. Rubinrot: *Sport kolarski, jako metoda lecznicza.*

Dr A. Rużyczner: *Podstawy naukowe leczniczej kultury fizycznej.*

Po każdym referacie wywiązywała się ożywiona i bardzo interesująca dyskusja nad podnoszonymi zagadnieniami wychowania fizycznego i sportu.

Płk. dr A. Kończacki przedstawił model uchwytów do nart własnego pomysłu, przy których użyciu można z dwóch par nart szybko i wygodnie złożyć sanie-nosze do transportu ciężko uszkodzonych narciarzy. Obrady zakończono sportowym bankietem z przemówieniem gen. dr Roupperta, naczelnika dr Majewskiego, starosty nadwórniańskiego, dyr. Centr. Inst. Wych. Fiz. dr Gilewicza i innych. Na następny zjazd przeznaczono C. I. W. F. w Warszawie.

Drugą część zjazdu — sportową — wypełniono kursem narciarskim oraz wycieczkami w Czarnohorę.

Techniczną stronę zjazdu sprawnie i bez zarzutu przeprowadziło P. B. P. Orbis.

J. Lankosz (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

VI posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 26 lutego 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Zeghauser A.: Przypadek niedomogi przedniego płata przysadki mózgowej (demonstr.). 2) Kol. Grzędzielski Jerzy: O lokalizacji ciał obcych w oku za pomocą promieni Roentgena (wykład z demonstr.).

Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą. Dnia 8 lutego 1937 r. odbyło się doroczne Walne Zebranie Towarzystwa, po którym, w następstwie uzupełniających wyborów, Zarząd ukonstytuował się następująco: Kazimierz Dąbrowski — prezes, Aleksander Ławrynowicz — wiceprezes, Stanisław Popowski — skarbnik, Jan Stopczyk — sekretarz, Zdzisław Szczepański i Andrzej Biernacki — członkowie Zarządu. — Posiedzenia naukowe odbywają się w pierwszy poniedziałek każdego miesiąca o godzinie 20.15 w auli II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie, przy ul. Nowogrodzkiej 59. Sekretariat Towarzystwa mieści się w Szpitalu Wolskim przy ulicy Płockiej 26, tel. 608-06.

VIII Zjazd Ginekologów Polskich odbędzie się w czasie od 4 do 7 lipca b. r. w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako jego sekcja ginekologiczna. Tematy główne: 1. Krwawienia w trzecim okresie porodowym — referent Prof. Dr Kowalski z Poznania. 2. Krwawienia w połogu — referent Doc. Dr Szymanowicz z Krakowa. Tematy luźne zgłaszać należy do sekretariatu sekcji pod adresem Dr Rychłowski, Lwów, ul. Pijarów 4, Klinika Położnicza najpóźniej do dnia 1 kwietnia b. r. Krótkie streszczenia referatów, objętości do 30 linii druku maszynowego przyjmuje sekretariat do 1 maja b. r.

Różne.

Z kraju.

W jedenastu miesiącach roku 1936 emigrowało z Polski 51.818 osób (w I—XI. 1935 r. — 50.925 osób). Z tego na sezonowe roboty do Łotwy 19.620, do Francji 7.426, do Niemiec 1.018. Do krajów pozaeuropejskich: do Palestyny 10.455 (w 1935 r. — 23.266). Argentyny 5.105, Brazylii 2.198, Kanady 1.439, Stanów Zjednoczonych 904, Urugwaju 401.

W tym samym okresie wróciło z emigracji 31.450 osób (w 1935 r. — 44.145 osób). (Wiad. Stat. Z. 3. 1937).

Komunikaty.

W dniu 21 marca 1937 r. odbędzie się w Krakowie w Sali Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska 4, o godzinie 10 Doroczne Walne Zebranie Obwodu, a o godz. 11 Doroczne Walne Zebranie Okręgu Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Za Zarząd Okręgu: Prezes: Prof. Dr Marcin Zieliński. Sekretarz: Dr med. Jerzy Lebioda.

W czasie od 5 kwietnia do 1 maja 1937 r. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny, z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej, IX kurs dla lekarzy ośrodków zdrowia.

Ministerstwo Opieki Społecznej ze względu na ważność zagadnienia, jakie stanowi prawidłowa organizacja i działalność ośrodków zdrowia i konieczność posiadania odpowiednio przeszkolonego personelu lekarskiego, pragnie zainteresować powyższym kursem wszystkich lekarzy, a w szczególności lekarzy, którzy bądź już pracują w ośrodkach zdrowia, bądź też chcą się zapoznać z tym działem pracy, w celu objęcia w przyszłości stanowisk lekarzy ośrodków zdrowia. W celu ułatwienia lekarzom pracującym już w ośrodkach zdrowia przybycia na kurs, Państwowa Szkoła Higieny będzie mogła, z funduszów Ministerstwa, przyznać pewną liczbę stypendiów, w wysokości nie przekraczającej 100 zł na osobę. Zgłoszenia na kurs oraz podania o stypendium z poparciem właściwej władzy, kandydaci winni wnosić do Państwowej Szkoły Higieny, ul. Chocimska 24, w Warszawie do dnia 15 marca 1937 r. Do podania należy dołączyć: a) krótki życiorys, b) poświadczenie stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska w ośrodku zdrowia. Wpisowe na kurs wynosi 4 zł. Uczestnikom kursu zarezerwowane będą pomieszczenia w Bursie Państwowej Szkoły Higieny, gdzie koszt pobytu wraz z utrzymaniem wyniesie 4 zł dziennie od osoby. W zgłoszeniu należy zaznaczyć, czy kandydat zamierza korzystać z bursy.

Redakcja otrzymała:

W. Ripperger: Grundlagen zur praktischen Pflanzenheilkunde. Wyd. Hippokrates-Verlag GMBH. Stuttgart-Lipsk 1937. Cena: 18 RM.

N. Fiessinger: Quelques vérités premières sur les maladies du foie. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 24 fr.

L. Obrédanne: Quelques vérités premières en chirurgie infantile. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 24 fr.

G. Marion: Quelques vérités premières en urologie. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 24 fr.

Réunion médico-chirurgicales de morphologie. Nr 3. 1936.

H. G. Jacobi: Glucose tolerance as a diagnostic aid in jaudice. Odb. z „Surgery, Gynecology and Obstetrics". Vol. 63 1936.